



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

**Empoderamento da grávida para o controlo e
gestão da dor em trabalho de parto através de
medidas não farmacológicas**

Ignacio García

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

**Empoderamento da grávida para o controlo e
gestão da dor em trabalho de parto através de
medidas não farmacológicas**

Ignacio García

Relatório de estágio orientado por:

Docente Madalena Oliveira

2011

*“Para mudar a forma de viver,
há que mudar a forma de nascer”.*

Michel Odent

AGRADECIMENTOS

Após a finalização deste trabalho, é com imenso orgulho que agradeço a todos aqueles que, directa ou indirectamente, deram o seu contributo para a sua concretização.

Assim, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas em particular:

À Alexandra, por todo o teu apoio, motivação e disponibilidade nos momentos mais difíceis ao longo destes dois anos. Lembra-te que juntos iniciámos esta caminhada, e juntos, construiremos o nosso futuro, marcando-nos novos projectos e desafios.

À docente Madalena Oliveira, orientadora do Estágio com Relatório pelo apoio, disponibilidade e dedicação que sempre demonstrou.

Às grávidas/conviventes significativos pela colaboração e disponibilidade prestada na realização deste projecto.

Aos meus amigos mais próximos e em especial ao Nuno e à Salomé.

A toda a minha família, que sempre me apoiou nos bons e maus momentos

RESUMO

O presente relatório fundamenta o percurso de aprendizagem ao longo da Unidade Curricular de Estágio com Relatório expressando o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE (2010) para o perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, através da metodologia de projecto e a análise reflexiva.

O empoderamento da grávida para o controlo e a gestão da dor, durante o trabalho de parto, foi o enfoque do meu projecto, sendo as intervenções centradas na utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor mediante a utilização de técnicas de comunicação e de educação para a saúde.

Os cuidados humanizados e o conforto da mulher durante o trabalho de parto englobam, não somente o alívio da dor, mas também o reforço do direito a uma cidadania activa, que implique a tomada de decisão esclarecida.

Através da implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor, pretendeu-se incentivar e capacitar à grávida a participar activamente durante o trabalho de parto e tornando-a protagonista do seu parto.

Consideramos o empoderamento, um status político, social e económico, que permite uma igualdade no acesso das mulheres aos recursos existentes, garantindo-lhes o direito de tomar decisões estratégicas acerca das suas próprias vidas.

As actividades desenvolvidas para a concretização do projecto individual que esteve na base deste relatório, tiveram como objectivo promover a saúde e o bem-estar da mulher/convivente significativo, respeitando e promovendo os seus direitos. Estas reflectiram-se no desenvolvimento de competências, salientando-se a utilização de técnicas eficazes de comunicação e de educação para a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: empowerment, dor, trabalho de parto, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

This report explains and justifies the basis of my learning path throughout the “Apprenticeship with Report” course, expressing the development of skills and competencies required by OE (2010) for the Clinical Nurse Specialist in Maternal, Obstetric and Gynaecological Health, by using the project methodology and reflexive analysis.

The project focused on empowering pregnant women to control and manage pain during labour and childbirth, and the intervention was centred in non-pharmacological measures for pain relief, by using communication and educational skills.

Humanized care and comfort during labour involves not only pain relief, but also the advocacy for the right of an active citizenship, that implies enlightened decision-making.

The objective of implementing non-pharmacological measures for pain relief was to encourage and capacitate women to actively participate in the process of labour and childbirth, centring this moment on her and making her feel that she is the leading figure in the process.

We consider that empowerment represents a political, social and economic status that allows for the establishment of equality for women in terms of access to the available resources, ensuring them the right to make strategic decisions about their own lives.

The activities developed throughout the individual project on which this report is based on had the objective of promoting maternal (and significant others’) well-being, respecting and promoting their rights. The aforementioned activities had a positive impact in the development of professional skills and competencies, especially in terms of effective communication and health education skills.

KEYWORDS: empowerment, pain, labor, nursing interventions

ABREVIATURAS E SIGLAS

APED- Associação Portuguesa para o estudo da dor

APEO - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BP- Bloco de partos

CPLEESMO – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direcção Geral de Saúde

EC- Ensino Clínico

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME- Federación de Asociaciones de Matronas de España

HFF – Hospital Dr. Fernando Fonseca

IASP- International Association for the Study of pain

ILA- Índice de líquido amniótico

IST- Infecções sexualmente transmissíveis

ITP- Indução de trabalho de parto

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN- Recém-nascido

SEGO- Sociedad Española de Ginecologia e Obstetricia.

SUGO- Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP - Trabalho de parto

UC- Unidade curricular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. QUADRO DE REFERÊNCIA	12
1.1. Empoderamento das mulheres	12
1.2. Trabalho de parto	14
1.3. Dor	15
1.3.1. Dor no trabalho de parto	15
1.4. Medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto	18
1.5. Tipos de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto	19
1.5.1. Respiração e relaxamento. Método psicoprofiláctico.	19
1.5.2. Hidroterapia	20
1.5.3. Musicoterapia	20
1.5.4. Deambulação/ Mudança de posição	21
1.5.5. Bola de parto	22
1.5.6. Massagem	22
1.6. Intervenções de enfermagem	23
1.7. Saúde Sexual e Reprodutiva	23
1.8. Educação para a saúde	24
1.8.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica no âmbito da educação para a saúde	26
1.9. Cuidados de enfermagem baseados no Modelo Sistémico de Betty Neuman	27
2. ACTIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO	29
2.1. Resultados	35
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA	37
4. QUESTÕES ÉTICAS	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUESTÕES EMERGENTES	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICES E ANEXOS	62
APÊNDICE I: Cronograma de actividades	63
APÊNDICE II: Apêndice II: Norma de procedimento sobre as medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto	65
APÊNDICE III: Formação às grávidas sobre a adopção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto.	81
APÊNDICE IV: Panfleto informativo	91
APÊNDICE V: Poster sobre as medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto.	93
APÊNDICE VI: Objectivos específicos do Estágio com Relatório	95
APÊNDICE VII: Cronograma de Objectivos específicos do Estágio com Relatório	99
ANEXO I: Avaliação do Estágio com Relatório	101

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia (5º CPLEESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no ano lectivo 2010/2011, na continuidade da UC de Seminário de Investigação II, foi-nos proposta a execução do projecto individual de estágio, construído no âmbito da UC anteriormente referida, delineado com a finalidade de adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/convivente significativo, numa perspectiva holística, suportado na metodologia de projecto.

O presente curso culmina com a apresentação e discussão pública do relatório do ensino clínico (Estágio com Relatório) que visa desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, no âmbito da transição para a parentalidade¹, em situação de saúde e doença, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal tendo em vista a promoção para a saúde e o bem-estar da mulher/RN/família.²

O presente trabalho, tendo por base o projecto individual de estágio, tem como finalidade desenvolver saberes declarativos, processuais e atitudinais que me permitam responder, de forma eficaz, às competências do EESMOG preconizadas pela OE (2010).³

Para a concretização deste projecto, tive que mobilizar uma série de competências que foram sendo desenvolvidas ao longo deste curso. De acordo com Benner (2001), algumas situam-se já a um nível competente, outras (como as definidas para o TP), iniciaram-se no nível de iniciado.⁴

A experiência da hospitalização durante o TP numa sala de partos pode provocar um impacto emocional e um stress intenso para a grávida/convivente significativo. Por

¹ O conceito de Parentalidade vem descrito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 1.0 (ICN, 2005, p.43) como “acção de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos *destinados* a facilitar a incorporação de um *recém*-nascido na unidade familiar; *comportamentos* para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

² Guia orientador do Estágio com relatório do 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia. 5º CPLEESMO

³ Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2010).

⁴ Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicados à Enfermagem. Patrícia Benner: De iniciado a perito (2001).

vezes, a sua capacidade de tomar decisões face aos procedimentos aos quais a mulher vai ser submetida está francamente diminuída. Este ambiente incógnito traduz-se em medo e tensão para a mulher. O medo durante o TP pode transformar um mecanismo fisiológico numa experiência dolorosa. A importância de uma experiência positiva de parto, influencia o bem-estar psicológico da mulher, evitando problemas psicológicos durante o puerpério (COSTA [et al], 2003), e conseqüentemente, na forma como esta interage com o seu filho, e se adapta ao processo de maternidade.

De forma ajudar as grávidas a vivenciarem de forma positiva este processo, e tornar uma experiência significativa e uma vivencia positiva do processo de parentalidade, considero fulcral uma abordagem humanizada e personalizada dos cuidados, a qual inclui o alívio da dor durante o TP, mediante a implementação de medidas não farmacológicas.

A problemática em estudo centra-se, assim, nos cuidados de enfermagem especializados, prestados à grávida em TP, no âmbito do alívio da dor, perspectivando o seu empoderamento e a sua tomada de decisão informada. Baseei as minhas intervenções no modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman.

A escolha do modelo de sistemas de Betty Neuman, prendeu-se principalmente com a natureza de problema e com as características dos meus clientes. De acordo como o modelo, a grávida/convivente significativo é um sistema aberto, em contacto com o meio externo, exposta a estressores resultantes da dor associada ao TP.

Os cuidados de Enfermagem terão como objectivo desenvolver intervenções que ajudem a grávida/convivente significativo a enfrentar os estressores e o medo provocado pela dor no momento do parto para manter ou recuperar a estabilidade física, psicológica, sociocultural e espiritual.

O empoderamento das grávidas para o controlo e a gestão da dor, durante o TP, foi a finalidade do meu projecto, tendo como objectivos promover a saúde e o bem-estar da mulher/convivente significativo, respeitando os seus direitos e capacitar a grávida a participar activamente durante o TP, tornando-se protagonista activa da experiência de parto.

Assim, as intervenções prestadas à grávida/convivente significativo em TP foram centradas na utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor. Para tal utilizei técnicas de comunicação e de educação para a saúde.

A dor é um fenómeno complexo e subjectivo, sendo que segundo Lowdermilk, Perry (2008), a dor durante o parto é exclusiva de cada mulher, sendo influenciada por uma

série de factores, tais como a cultura, ansiedade, o medo, a experiência de partos anteriores, a preparação para o parto e o apoio, tanto do convivente significativo como dos profissionais de saúde.

A escolha desta temática, para mim muito especial, prendeu-se com o meu interesse pela área da educação para a saúde e pelas experiências vivenciadas em EC anteriores.

O relatório pode ser considerado como uma exposição pormenorizada e objectiva, de forma oral ou escrita, do que foi observado, estudado ou analisado (AZEVEDO, 2008, p. 65).

Este relatório, embora reportando-se ao percurso académico desenvolvido durante o EC (Estágio com Relatório), realizado no Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/Bloco de Partos e Unidade de Neonatologia do HFF, informa também sobre o desenvolvimento de competências ao longo do curso, cuja mobilização é expressa ao longo deste relatório.

O empowerment é um veículo mobilizador das capacidades dos utentes, permitindo a satisfação das necessidades reais dos mesmos. (PEREIRA, 2010). Neste sentido para a implementação e a continuidade destas medidas, foram desenvolvidas acções que pretendem o reforço da educação para a saúde como estratégia a utilizar para a promoção do empowerment das grávidas, no que respeita a tomada de decisão informada.

Para tal, foram estabelecidas parcerias com as consultas externas de Obstetrícia e com a Unidade de internamento de Obstetrícia, Unidades que constituem com o SUGO/BP a Maternidade do HFF.

A metodologia utilizada para capacitar as grávidas para a eventual adopção das medidas não farmacológicas para o alívio da dor em TP, após decisão informada, foi a aprendizagem pela conversação, devido principalmente ao facto de permitir uma maior facilidade de interacção com as grávidas recorrendo a técnicas comunicacionais, relacionais e de educação para a saúde.

Por outro lado, a alínea 4, do artigo 7º do Estatuto da OE, defende que “ O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização [...]”

Segundo a OE (2003, p.16), a competência refere-se a “ um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

Tendo como ponto de partida a definição de competências enquanto saber mobilizar recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta (Le Boterf, 2002, citado por Modelo de Desenvolvimento profissional da OE, 2009), este documento pretende a descrição e reflexão das actividades desenvolvidas para encontrar novas soluções face ao problema identificado e assim implementá-las na prática clínica, consubstanciada em saberes declarativos, processuais e atitudinais. A organização do relatório terá por base as competências do EESMOG preconizadas pela OE (2010).

Este trabalho está organizado por capítulos. No primeiro, apresento dados da revisão da literatura efectuada nas bases científicas da EBSCO, CINHALL e MEDLINE, enquadrando, desta forma, a temática em estudo. Estes resultam do cruzamento das palavras-chave: empowerment, dor, trabalho de parto, intervenções de enfermagem. No segundo capítulo, apresento as actividades e os processos de trabalho desenvolvidos ao longo do EC (Estágio com Relatório), com os resultados obtidos, que pretendem dar resposta aos objectivos delineados no meu projecto individual de estágio. No terceiro capítulo, analiso criticamente as competências desenvolvidas durante este EC (Estágio com Relatório) e preconizadas pela OE (2010). O quarto capítulo, salienta as questões éticas implicadas na prática de cuidados especializados na área da Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, dando grande ênfase ao respeito pelo princípio da autonomia. Finalmente, são tecidas considerações finais sobre o percurso de aprendizagem nas vertentes pessoal e profissional, que traduzem afinal todo o percurso realizado ao longo do curso, o qual me suscita o levantamento de algumas questões, que considero emergentes.

A realização deste relatório requereu um envolvimento pessoal e profissional, que se traduziram num enriquecimento, sobretudo nas dimensões relacional e comunicacional. Para tal, muito contribuíram o envolvimento directo ou indirecto de orientadores, docentes e da prática clínica, bem como elementos da equipa multidisciplinar, os quais contribuíram de modo positivo para o meu percurso académico e profissional.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA

O quadro de referência representa a ordenação dos conceitos e subconceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto de estudo. (MACE, 1988, citado por FORTIN, 1999, p.93) Após a realização da revisão da literatura efectuada, considerei pertinente seleccionar diversas temáticas, as quais se encontram relacionadas e intimamente ligadas a todo o contexto.

1.1. Empoderamento das mulheres

Segundo Laverack e Lavonte (2000) citados por Becker [et al] (2004), o empowerment “pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controlo sobre as decisões que afectam a sua vida”.

Assim, o processo de empowerment implica ajudar os utentes a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-os a participar activamente na sua saúde individual (OUSCHAN, SWEENEY, JONHSON, 2000)

Podemos, desta forma, considerar o “empoderamento”, termo português do empowerment, como um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte dos cidadãos, que promove o acréscimo de poder e controlo através da participação e tomada de decisão dentro da área da saúde, visando a autonomia e a mobilização de recursos para agir e mudar. (LAVERACK, 2004).

Este conceito de “empoderamento” ou capacitação, faz referência a “dar poder” pelo que os enfermeiros transmitem informações relevantes em matéria de saúde, para ajudar os indivíduos/família/comunidade a atingirem níveis óptimos de saúde bem como, promover a participação activa dos utentes no planeamento dos cuidados.

Na actualidade é preconizado envolver o utente/família no planeamento dos cuidados e direccioná-los para a tomada de decisão informada.

De acordo com Pereira (2010), o empoderamento promove a transformação das pessoas em elementos activos e com capacidade de escolher e decidir.

Parafraseando a mesma autora (2010), os princípios associados ao empoderamento mais relevantes são:

- ✚ Possibilidade de escolha: Responsabilidade e autoridade para tomar decisões;
- ✚ Autodeterminação: Capacidade e liberdade para decidir e assumir a escolha;

- ✚ Partilha de poder entre os profissionais e os utentes/famílias.

A promoção do empoderamento dos utentes tem vantagens, que segundo Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), são:

- ✚ Maior autonomia e independência dos clientes;
- ✚ Progressiva autonomia nas capacidades de tomada de decisão;
- ✚ Maior poder de intervenção através do desenvolvimento de competências de vida e saúde.

Assim, é necessário que os EESMOG capacitem as grávidas/conviventes significativos de forma a adquirirem conhecimentos e desenvolverem competências essenciais para a satisfação das suas necessidades.

O empoderamento permite as grávidas/conviventes significativos a adquirirem poder e controlo sobre a sua vida e façam mudanças de comportamentos positivas, no sentido de desenvolver as suas capacidades, aptidões e acções.

Podemos definir a autonomia, como a capacidade de fazer escolhas informadas sobre o que deve ser feito e a forma de o fazer.

No contexto da saúde reprodutiva, a autonomia é, tradicionalmente, entendida como o poder de decidir sobre o número de filhos desejado e o momento de os ter. (ALFONSO, DURYEA, RODRIGUEZ-POMBO, 2007)

Em termos de estratégias de empoderamento, reforça-se a importância de os serviços de saúde providenciarem informação sobre contracepção, orientação e serviços de qualidade.

Assim a confidencialidade nos serviços de saúde reprodutiva/sexual deve ser assegurada, principalmente no que diz respeito aos adolescentes, aos quais se lhes deve ser fornecida informação acerca de IST e sobre gravidezes indesejadas; cuidados pós-aborto, entre outros. (ALFONSO, DURYEA, RODRIGUEZ-POMBO, 2007).

Outro conceito importante que complementa o conceito de empoderamento é o conceito de “advocacy for health” que pode ser definido como uma combinação de acções individuais e sociais para obter compromisso e apoio político, aceitação social e sistemas de suporte para um objectivo particular de saúde ou programa (OMS, 1998).

Uma meta-análise de 40 projectos de empowerment feminino revelou diversas melhorias na qualidade de vida e dos serviços, resultando como tal um aumento da advocacia (OMS, 2007).

1.2. Trabalho de parto

O TP é o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal do parto e a sua expulsão.

Segundo Graça (2005, p.271), “genericamente o TP pode dividir-se em três estádios diferentes: dilatação, período expulsivo e dequitação”. Assim podemos descrever os três estádios: o primeiro estádio inicia-se com o apagamento do colo e o início da dilatação cervical com presença de contracções uterinas regulares e termina com a dilatação completa; o segundo estádio desenrola-se com a dilatação completa e termina com o nascimento do feto; o terceiro estádio dá-se com a dequitação.

Por outro lado, Oxorn (1989) dividiu o TP em quatro períodos:

- ✚ Primeiro estádio: Do início do TP verdadeiro até a dilatação completa do colo;
- ✚ Segundo período: A partir da dilatação completa do colo até o nascimento do bebé;
- ✚ Terceiro período: Do nascimento até a dequitação;
- ✚ Quarto período: A partir da dequitação até a estabilização pós-parto

O primeiro estádio é compreendido desde o início do TP verdadeiro até a dilatação completa do colo uterino. O verdadeiro TP caracteriza-se por contracções regulares (cada vez mais intensas, mais próximas e mais longas), pela presença de evolução progressiva das características do colo uterino ao toque vaginal (amolecimento, apagamento, dilatação) e pelo facto de o feto se ir progressivamente encaixando na pelve materna. (OXORN 1989, GRAÇA 2005).

Neste sentido Friedman, citado por Graça (2005), dividiu o primeiro estádio do TP em duas fases principais nomeadas fase latente e activa. A fase latente decorre desde o início das contracções regulares até o apagamento do colo com 3 cm de dilatação. Neste momento, inicia-se a fase activa, onde existe um maior ritmo de dilatação cervical até à dilatação completa. (GRAÇA 2005).

A fase activa do TP divide-se ainda em três segmentos denominadas, fase de aceleração, de declive máximo e de desaceleração.

A duração da fase latente é variável, podendo ser influenciada por factores externos como sedação da parturiente, que prolonga esta fase, ou estimulação da contractilidade uterina por ocitócicos, que a pode encurtar (GRAÇA 2005, p. 274). Ao contrário da fase latente, esta fase tem um ritmo e duração mais previsível, sendo as suas características que permitem prever o desfecho do TP (GRAÇA 2005).

1.3. Dor

A dor surge como um mecanismo natural de defesa, sendo consequência de diferentes estímulos dolorosos que podem produzir desconforto, assim como alterações na função cardio-respiratória e no sistema nervoso autónomo.

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos.

De acordo com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), isto significa que a dor não é apenas uma sensação, mas um fenómeno complexo que envolve emoções; a dor é um fenómeno subjectivo; a mesma lesão pode causar diferentes intensidades de dor em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo, em circunstâncias diferentes; por vezes existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem (IASP, 2008).

Neste sentido, a dor afecta o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem deve ser multidimensional englobando vários factores psicológicos, biológicos, socioculturais e económicos.

1.3.1 Dor no trabalho de parto

De acordo com Kitzinger (1996), citado por Couto (2003, p.42), “o TP em si não é apenas um acto biológico, mas também um processo social”. Assim, se pretendemos prestar cuidados diferenciados para promover uma melhor assistência durante o TP, temos que conhecer o que pensam as grávidas sobre ele e os aspectos socioculturais que o envolvem, para desmistificá-lo como um acontecimento natural, mas por vezes associado à dor.

Uma das preocupações mais manifestadas pelas grávidas é a dor que irão sentir durante o TP e parto, assim como o modo como irão reagir e lidar com ela. Assim a gestão da dor é um aspecto fundamental dentro dos cuidados da grávida em TP. A dor é uma das dimensões mais preponderantes da experiência de parto, dado que a maioria das mulheres espera vir a sentir e sente muita dor. (COSTA [et al], 2003).

Por outro lado, a dor é um fenómeno complexo e subjectivo, sendo que segundo Lowdermilk, Perry (2008), a dor durante o parto é exclusiva de cada mulher e influenciada por uma série de factores. Entre eles estão a cultura, ansiedade, o medo,

a experiência de parto anterior, a preparação para o parto e o apoio, seja do convivente significativo, como dos profissionais de saúde.

A percepção individual da dor varia segundo as origens culturais, étnica e sociais, sendo que as expressões verbais e não verbais dadas à dor são aprendidas nas interações com o grupo social.

Existe uma grande variedade de métodos de preparação para o nascimento que podem ajudar a grávida/convivente significativo a lidar com a dor em TP. As intervenções seleccionadas dependem da situação específica e das preferências da grávida/convivente significativo.

A fisiologia da dor não é igual durante todo o TP, varia segundo o estágio do TP. A dor inicia-se com a contracção, numa primeira fase é de baixa intensidade e vai aumentando até atingir um ponto máximo, posteriormente diminui e desaparece completamente.

Posto isto, à medida que as contracções se tornam mais frequentes e intensas, a grávida pode sentir-se cada vez mais ansiosa, provocando tensão, medo, e por tanto, agravamento da dor, gerando-se um ciclo.

Deste modo, a dor durante o primeiro estágio do TP é uma dor visceral, desencadeada pelas contracções uterinas. A dor localiza-se geralmente na porção inferior do abdómen irradiada por vezes para as coxas e para a região lombar, aumentando a sua intensidade com o aumento das contracções. (MAMEDE [et al], 2007).

A especificidade da dor sentida por cada mulher durante o TP é influenciada por vários factores, principalmente (LOWDERMILK, PERRY, 2008):

- ✚ Ansiedade e medo – Podemos considerar a ansiedade moderada como normal. Contudo, a ansiedade e medo excessivos causam uma maior secreção de catecolaminas. Estas aumentam a tensão muscular, potenciando a dor, e inibem a secreção de oxitocina, hormona responsável pelas contracções uterinas. Assim, aumenta a experiência da dor e desconforto, iniciando-se um ciclo de ansiedade e medo crescente que vai atrasar a progressão do TP.
- ✚ Cultura – Cada vez mais vivemos num mundo transcultural, pelo que é fundamental que os profissionais de enfermagem conheçam e compreendam o modo como cada cultura encara a dor. A compreensão

dessas crenças, dos valores e das práticas das diferentes culturas ajuda o profissional a prestar cuidados culturalmente competentes⁵.

- ✚ Experiência de partos anteriores – A experiência de partos anteriores pode condicionar o desenrolar do parto, dado que um excesso de ansiedade e medo pode condicionar um aumento da dor e vice-versa.
- ✚ Preparação para o parto – Pretende-se promover a participação activa da grávida/convivente significativo, a aprendizagem de técnicas de relaxamento e respiração, desmistificação de ideias erróneas sobre o parto e aumentar a segurança e autoconfiança dos futuros pais.

O alívio da dor depende da implementação de diferentes tipos de medidas, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas.

É responsabilidade dos profissionais de saúde em geral e dos EESMOG em particular, proporcionar informação correcta de modo a que a grávida/convivente significativo façam a sua opção de escolha de forma consciente.

O EESMOG deve alertar a grávida/convivente significativo que as medidas farmacológicas para o alívio da dor em TP têm os seus efeitos directamente tanto nela como no feto. (DAVIM, 2007).

A analgesia epidural é o método farmacológico mais eficaz no alívio da dor em TP (Figueiredo, Costa, Pacheco, 2002, Brandão, 2010) sendo assim recomendada pela SEGO. (ARBUÉS, LÓPEZ, 2009).

Consiste numa técnica loco-regional que permite o alívio da dor, mantendo a parturiente consciente e colaborante, durante o processo de TP. (BRANDÃO, 2010)

A realização da analgesia epidural durante o TP, depende da vontade da grávida, depois de ser informada de todos os aspectos relacionados com a técnica. Assim, cabe ao EESMOG informar a grávida/convivente significativo dos benefícios e contra-indicações desta técnica, favorecendo assim a sua escolha informada.

⁵ Cuidado culturalmente competente, segundo Leininger: Diz respeito às acções de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras cognitivamente baseadas feitas à medida para servir os valores, crenças e modos de vida do indivíduo, grupo ou institucionais para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios. (TOMEY, ALLIPOOD, 2004).

1.4. Medidas não farmacológicas para o alívio da dor

Como já referido anteriormente, existem múltiplos factores que aumentam a percepção dolorosa durante o TP, tais como: medo, stress, ansiedade, fadiga, fome, solidão, ignorância acerca do que está a acontecer e o ambiente hospitalar desconhecido.

Por outro lado, existem outros factores que podem contribuir para reduzir a percepção dolorosa, como o relaxamento, confiança, acompanhamento pelo convivente significativo, informações correctas, apoio contínuo dos familiares e da equipa multidisciplinar, ambiente confortável, entre outros.

Deste modo, os métodos não farmacológicos podem reduzir essa percepção dolorosa durante o TP, além de se tratar de métodos não invasivos. Assim, estes métodos podem ser implementados de forma combinada ou isolada e, além de provocarem alívio da dor, podem reduzir a necessidade de utilização de métodos farmacológicos, existindo uma melhoria da experiência vivenciada durante o TP (DAVIM [et al], 2008).

Segundo estes autores (2008), a combinação de dois ou mais métodos não farmacológicos provoca um alívio adequado, minimizando assim o desconforto das dores próprias do TP. É importante que os cuidados não farmacológicos sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. (SESCATO, SOUZA e WALL, 2008).

Estas medidas incluem a liberdade de adoptar posições variadas durante o TP, a deambulação, a respiração rítmica, o relaxamento, o acompanhamento do convivente significativo, a massagem da região lombar e a utilização do banho de imersão ou de chuveiro, entre outros.

Na actualidade existem diversas metodologias de preparação pré-natal com o objectivo de informar, educar e treinar a grávida/convivente significativo para conhecer o seu corpo, não temer o momento do parto, elevar o limiar da dor e assim desenvolver estratégias que lhe permitem viver o momento do parto com menos medo e ansiedade e, conseqüentemente, com menos dor. No entanto, tal como é referido por Sartori [et al] (2011), ainda existem discrepâncias sobre a eficácia destas técnicas, originando discussão entre os profissionais.

Por outro lado, estes mesmos autores (2011) salientam que resultados positivos associados à implementação das medidas não farmacológicas durante o TP seriam superiores se estas medidas fossem implementadas e instruídas durante o

acompanhamento pré-natal, dado que permitiria uma maior familiarização da grávida com aquele tipo de medidas.

É responsabilidade do EESMOG informar a grávida/convivente significativo no internamento na sala de partos das diferentes estratégias para o alívio da dor em TP. Assim, as intervenções do EESMOG passam por desmistificar estas ideias já preconcebidas e por mentalizar e reforçar positivamente as parturientes.

A implementação destas medidas depende dos recursos humanos e físicos da instituição, dos problemas obstétricos e físicos associados e das preferências das parturientes.

1.5. Tipos de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto

1.5.1. Respiração e relaxamento: método psicoprofiláctico

A preparação física e psíquica da grávida contribui decisivamente para eliminar ou pelo menos, diminuir a expectativa de ansiedade e medo.

O método psicoprofiláctico, compreende um conjunto de técnicas que promovem o desvio da atenção da grávida/convivente significativo das contracções uterinas através de técnicas de relaxamento e respiração.

A respiração é considerada como uma técnica auxiliar de relaxamento, previne o stress, mediante a diminuição do estado de ansiedade moderada.

Assim, a respiração é de extrema importância para o bem-estar materno-fetal no decorrer do TP, dado que é também importante o seu papel ao nível do auto-controlo e da diminuição da dor e ansiedade que a parturiente vai sentindo.

Durante o TP, a técnica respiratória consiste em inspirar profundamente na altura da contracção e expirar lentamente. Quando a contracção diminui, a parturiente vai relaxando e descansa respirando normalmente.

A técnica de respiração abdominal lenta e profunda é útil entre as contracções, especialmente durante a fase de aceleração do TP. Por outro lado, a respiração torácica rápida e superficial é útil à medida que as contracções são mais intensas para a fase de declive máximo do TP (DAVIM, 2007).

Por outro lado, Machado e Praça (2006), salientam que as técnicas de respiração e relaxamento muscular não diminuem a intensidade da dor, mas promovem uma diminuição da ansiedade ao longo do TP.

1.5.2. Hidroterapia

A hidroterapia durante o TP pode promover sensação de relaxamento e de alívio da dor diminuindo os riscos relacionados com o parto instrumentalizado e as intervenções farmacológicas. (CLUETT [et al], 2005).

A utilização da água quente durante a dilatação cervical favorece o relaxamento muscular, a diminuição da pressão arterial, estimula a produção de endorfinas e melhora a perfusão uterina. Assim, a grávida experimenta menor sensação de dor diminuindo a sua ansiedade e os níveis de adrenalina. Este mecanismo favorece a liberação de oxitocina endógena, que estimula as contracções uterinas.

Nesta perspectiva, Davim, Torres e Dantas (2009), referem que o banho de chuveiro reduz o tempo de TP e a água diminui a sensação da dor e provoca relaxamento nas parturientes. Por outro lado, Cluett [et al], (2005), numa revisão da literatura, defendem que a imersão na água durante a dilatação reduz significativamente a necessidade de analgesia epidural e a taxa de partos instrumentalizados.

O efeito relaxante da água reduz a sensação de dor causada pelas contracções uterinas e descontraí a musculatura perineal. (DAVIM 2007)

Existem controvérsias sobre o momento ideal para a utilização do banho de imersão, dado que Leeman [et al], (2003) e FAME (2006), salientam que o banho de imersão deve ser proporcionado quando a dilatação cervical é de 5cm e quando estejam estabelecidas contracções uterinas regulares, dado que a imersão numa fase anterior pode provocar partos prolongados.

Existem situações não recomendadas para a utilização do duche/banho de chuveiro como situações de BAR com apresentação não encravada, suspeita de corioamnionite e sangrado vaginal excessivo.

1.5.3. Musicoterapia

A musicoterapia consiste na utilização da música e/ou seus elementos constituintes (ritmo, melodia e harmonia) que pretende atender as necessidades físicas, emocionais, mentais e sociais.

Promove o relaxamento através da música, proporcionando bem-estar e alívio da dor. A música durante o TP pode diminuir a pressão sanguínea, o metabolismo basal e o ritmo respiratório. Deste modo, permite diminuir o stress e a ansiedade, promovendo o bem-estar (TOBARRO [et al], 2010)

1.5.4. Deambulação/Mudança de posição

Existem distintas posições que podem ser utilizadas para o alívio da dor durante as contracções em TP. É fulcral incentivar à parturiente a adoptar a posição que lhe seja mais confortável (MAMEDE [et al] 2007).

A posição vertical melhora a progressão do TP dado que promove a circulação útero-placentar e a eficácia da contractilidade das fibras musculares.

Por outro lado, a posição em decúbito supino deve ser evitada por interferir na circulação útero-placentar.

A deambulação adequada durante o TP (FAME 2006, DAVIM 2007, MAMEDE [et al] 2008):

- ✚ Melhora a contractilidade uterina;
- ✚ Favorece o fluxo sanguíneo útero placentar;
- ✚ Melhora a evolução da dilatação cervical, favorece a descida da apresentação e diminui a duração da fase activa do TP.
- ✚ Aumenta a tolerância à dor;

Segundo Bloom [et al] (1998), a deambulação diminui a necessidade de utilização de oxitocina e analgesia, bem como uma menor frequência de parto vaginal instrumental.

O EESMOG deve incentivar a presença do acompanhante/convivente significativo para acompanhar à parturiente na deambulação e na liberdade da adopção de posições durante o TP.

Existem situações não recomendadas para deambular como situações de BAR com apresentação não encravada, suspeita de corioamnionite e sangrado vaginal excessivo.

1.5.5 Bola de parto

A utilização da bola de parto tem vindo a ser implementada nas salas de parto nos dias de hoje. Segundo Silva (2010), a bola é um recurso que acarreta inúmeras vantagens, tais como o seu baixo custo financeiro, a promoção da posição vertical, permite a grávida a adopção de diferentes posições além de permitir a realização de movimentos rotativos com a bacia, exercitando os músculos pélvicos.

Segundo esta mesma autora (2010), a utilização da bola de parto:

- ✚ Promove a adopção de posições facilitadoras do TP, facilitando assim a sua progressão;
- ✚ Possibilita a liberdade de movimentos ao ritmo das contracções uterinas;
- ✚ Reduz a percepção da intensidade das contracções uterinas;
- ✚ Fortalece a musculatura perineal diminuindo as dores da coluna vertebral
- ✚ Aumenta a sensação de bem-estar.

A bola de parto pode ser utilizada associada ao duche de chuveiro ou associada às massagens na região lombar para o alívio da dor, favorecendo assim o acompanhamento pelo convivente significativo (DAVIM, 2007).

Geralmente devemos permitir à parturiente permanecer na bola de parto o tempo que tolere, evitando períodos de tempo prolongados para evitar o cansaço físico.

Existem situações não recomendadas para a utilização do duche/banho de chuveiro como situações de BAR com apresentação não encravada, suspeita de corioamnionite e sangrado vaginal excessivo.

1.5.6. Massagem

A massagem é uma técnica que pode ser aplicada por qualquer pessoa, e pretende dar alívio e conforto através do tacto. Na actualidade a massagem utiliza-se para o tratamento de perturbações modernas, como o stress, a ansiedade e a tensão muscular e nervosa.

Esta técnica consiste na estimulação táctil de locais específicos do corpo promovendo um maior relaxamento muscular e conseqüentemente alívio da dor, permitindo assim uma sensação de bem-estar. (FAME 2006).

Segundo Gayeski e Brugemann, (2010), a massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e stress, sendo mais efectiva para reduzir a dor quando utilizada no início da fase latente do TP. Nesta linha de pensamento, Davim (2007), salienta que a massagem lombosacral feita pelo convivente significativo ou pelos profissionais no momento das contracções uterinas estimula a liberação de endorfinas, reduzindo assim a dor.

Deste modo, o EESMOG deve incentivar ao acompanhante/pessoa significativa para a realização da massagem á parturiente. (SESCATO, SOUZA e WALL 2007). Assim o acompanhamento da pessoa significativa serve de apoio emocional, e pode auxiliar à parturiente nas contracções controlando o ritmo respiratório e proporcionando um ambiente calmo e relaxante.

1.6. Intervenções de enfermagem

Segundo o Art. 4º do capítulo II do REPE, os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

Assim, as intervenções autónomas são “as acções realizadas pelos enfermeiros; sob a sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação, etc”. (Art. 9º do capítulo IV do REPE).

Deste modo, a aplicação e implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP, representa uma intervenção autónoma do EESMOG, bem como a realização de educação para a saúde as grávidas/conviventes significativos para promover o seu empoderamento.

Por outro lado, o Art. 9º do Capítulo IV do REPE, salienta que as intervenções interdependentes são “ acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, (...) decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares”.

1.7. Saúde Sexual e Reprodutiva

A Saúde Reprodutiva é uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias, integrando os cuidados pré-concepcionais, pré-natais e o planeamento familiar, constatado assim na Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Segundo a DGS (2008), a Saúde sexual “é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença/enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”.

A igualdade entre os homens e mulheres é uma questão de direitos humanos. A igualdade de género exige, que na sociedade, homens e mulheres gozem dos mesmos direitos e oportunidades em todas as áreas.

Assim, de acordo com o Programa de Acção da Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), o conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, e decidir se quando e com que frequência ter filhos.

Os distintos governos intervenientes na Conferencia do Cairo (1994), estabeleceram as seguintes metas para o ano 2015, como a educação primária universal e serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar e a redução das taxas de mortalidade materna e das crianças inferiores a um ano. No que confere à educação determinaram tentar diminuir a taxa de analfabetismo das mulheres e raparigas, segundo a Associação para o Planeamento da Família.

Melhorar a educação e a saúde sexual e reprodutiva é vital para a diminuição da pobreza e melhoria de vida das pessoas que compõem as famílias. Segundo a Associação para o Planeamento da Família, existe uma relação directa entre saúde da mulher, o seu empoderamento, o nível de educação e as condições de vida da sua família.

Neste sentido, todos os indivíduos têm o direito a serem informados e a ter acesso aos métodos de planeamento familiar da sua escolha, permitindo assim às mulheres ter uma gravidez e parto em segurança, proporcionando assim aos futuros pais melhores oportunidades de ter crianças saudáveis.

As actividades de planeamento familiar estão direccionadas a promoção da saúde, informação sobre o aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e da mama e a prestação de cuidados pré-concepcionais.

1.8. Educação para a saúde

A educação para a saúde é reconhecida como parte integrante dos esforços direccionados à promoção da saúde e prevenção da doença.

Segundo Carvalho e Carvalho (2006, p. 14), “ a educação e a saúde exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interacção com o meio envolvente”

De acordo com Rodrigues, Pereira, Barroso (2005, p. 10) os principais focos de atenção da educação para a saúde são as atitudes e os comportamentos de saúde. A prioridade da educação para a saúde radica na mudança de comportamento individual ou de factores interpessoais a fim de promover um estado de saúde adequado.

Em 1986, a carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como um processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e as comunidades a controlarem a sua saúde melhorando-a.

A OMS define a promoção da saúde como o processo que visa criar condições que possibilitem aos indivíduos e aos diferentes grupos da comunidade adquirir capacidades que lhes permitam controlar a sua saúde no sentido de a melhorar. (DGS, 2008)

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, as principais áreas a investir no futuro devem ter como prioridade implementação de estratégias de promoção da saúde e “deverão ser explicitadas nos programas e intervenções, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários” e na “... promoção de saúde, merecerá prioridade á promoção de estilos de vida mais saudáveis nos cidadãos...” (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2004 p.32-33).

As estratégias de educação para a saúde envolvem a criação de significados, mudança de estilos de vida, de capacitação, sentido do envolvimento, participação e cooperação. (RODRIGUES, PEREIRA, BARROSO 2005, p.71)

A promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular, devem ser encaradas como tarefas de cidadania organizadas, verificando-se a participação activa dos cidadãos. Deste modo, nesta necessidade de participação colectiva, os enfermeiros desempenham um papel preponderante enquanto agentes de educação para a saúde.

Assim a participação dos cidadãos nos serviços de saúde, torna-se cada vez mais importante, devendo estar informados e actualizados acerca dos serviços de saúde que tem a sua disposição, bem como os seus direitos e deveres e a as regas de utilização.

Deste modo, a educação para a saúde constitui um dos maiores desafios para os enfermeiros, na medida em que estes têm a responsabilidade de detectar as

necessidades dos utentes/comunidade numa determinada área e intervir de acordo com elas.

Para que a educação para a saúde seja adequada e atinja os objectivos pretendidos, inicialmente é realizada uma fase de avaliação das necessidades de aprendizagem. Nesta fase é importante fazer o diagnóstico da natureza de uma necessidade e motivação para a aprendizagem. Após o levantamento destas necessidades, segue-se a fase na qual se constroem as intervenções mais adequadas.

As estratégias de intervenção devem ir ao encontro das características individuais, do grupo a que se destina e dos objectivos que se pretendem atingir. A avaliação deve decorrer ao longo do processo, validando se os objectivos inicialmente delineados foram alcançados e, caso seja necessário, reformulá-los.

1.8.1 Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica no âmbito da educação para a saúde

A promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes essenciais de atendimento de enfermagem nos diferentes contextos da prática profissional.

O cuidar em enfermagem em saúde materna e obstetrícia tem como objectivo a promoção e a manutenção da saúde e bem-estar das grávidas/conviventes significativos, atendendo à multiculturalidade e a diversidade familiar. Assim, as intervenções de enfermagem devem ser adaptadas à cultura, nível de desenvolvimento e a capacidade de aprendizagem dos indivíduos/família/comunidade.

As grávidas/conviventes significativos constituem um dos grupos sociais que mais requerem as nossas intervenções, dado que a gravidez representa um período de dúvidas e receios. Posto isto, as intervenções baseadas na educação para a saúde, podem ajudá-las na adaptação desta nova fase, que implica a redefinição de papéis, tendo o casal que ultrapassar conflitos prévios e preparar-se para assumir o papel de pais.

A vigilância pré-natal e o período pós-natal são uma parte integrante dos cuidados de saúde, onde o EESMOG tem um papel relevante como educador.

Deste modo, o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar. (CARVALHO, CARVALHO 2006).

Considerando a educação para a saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do ser humano como indivíduo, a actuação do enfermeiro na área da educação para a saúde, não é simplesmente uma transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim uma intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, sem esquecer os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (CARVALHO, CARVALHO 2006).

As competências do enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, baseiam-se em possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento contínuo.

Assim, considero que o EESMOG se encontra numa posição privilegiada dado que os seus conhecimentos científicos e as suas competências relacionais lhe permitem ser elo de ligação da grávida/convivente significativo e a restante equipa multidisciplinar.

1.9. Cuidar em enfermagem baseada no Modelo Sistémico de Betty Neuman

O cuidar em enfermagem implica a consciencialização, o desenvolvimento e a formação de diversas atitudes. Estas traduzem a forma de pensar e de sentir o próprio cuidar, as quais emergem das relações interpessoais entre enfermeiro/utente. Desde a óptica bio-psico-social, Watson (2002, p.55) refere: “...O *cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro (...)*”.

Por outro lado, o cuidar é entendido como um acto individual que prestamos a nós próprios mas é também um acto de reciprocidade, pois também prestamos cuidados a pessoas que estão, temporária ou definitivamente, incapacitados para o fazer. COLLIÈRE (1999).

Betty Neuman desenvolveu um modelo sistémico dos cuidados de saúde, como um quadro conceptual organizador para estudantes graduados, procurando facilitar a compreensão das necessidades dos clientes de forma holística. (NEUMAN, FAWCETT, 2010).

Este modelo salienta que o domínio da enfermagem é delineado pelas intervenções entre os clientes e o ambiente baseando-se nesta relação contínua entre as variáveis física, psíquica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual do cliente e os factores stressores do ambiente. (NEUMAN, FAWCETT, 2010).

De acordo com o modelo, a grávida/convivente significativo é um sistema aberto, em contacto com o meio externo, exposto a estressores intra, inter e extrapessoais resultantes da dor associada ao TP. Os cuidados de enfermagem terão como objectivo manter a estabilidade do sistema grávida/convivente significativo, desenvolvendo intervenções que os ajudem a enfrentar os estressores e a dor provocada pelo medo decorrente da hospitalização, para manter ou recuperar a estabilidade física, psíquica, sócio cultural e espiritual, através dos distintos tipos de prevenção, primária, secundária e terciária.

Assim Neuman (2010), concebe a enfermagem como uma profissão na qual estão relacionadas diversas variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress.

É de salientar que os cuidados de enfermagem, não só abrangem a componente física dos utentes.

Neste sentido, os cuidados de enfermagem abrangem uma perspectiva holística, tendo assim em conta as características individuais e multidimensionais da dor.

2. ACTIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO

O meu projecto individual de Estágio com Relatório, está centrado no empoderamento das grávidas para o controlo e a gestão da dor durante o TP, mediante a utilização de medidas não farmacológicas, através do uso de técnicas de comunicação e de educação para a saúde.

Para que o presente trabalho expresse as competências adquiridas e desenvolvidas, foi necessário definir os seguintes objectivos:

- Avaliar a importância das intervenções autónomas de enfermagem no âmbito do alívio da dor em trabalho de parto.
- Prestar cuidados especializados às grávidas/conviventes significativos em trabalho de parto, no que concerne ao alívio da dor.
- Promover o empoderamento das grávidas para o controlo e gestão da dor em trabalho de parto, através da utilização de medidas não farmacológicas.
- Promover a continuidade dos cuidados entre as distintas Unidades prestadoras de cuidados da maternidade do HFF.
- Analisar criticamente as situações vivenciadas e propor estratégias que ajudem as grávidas/conviventes significativos a lidar com a dor durante o trabalho de parto.

A realização e implementação do projecto foi orientada por um cronograma de actividades previamente elaborado⁶.

Para cuidar da saúde sexual é fundamental que cada mulher, seja capaz de exercer uma escolha informada e responsável dos direitos que a assistem. Neste sentido, aquando da hospitalização do parto, na cultura ocidental, a mulher fica entregue ao cuidador, tendo a sensação de perda relativa da sua autonomia e do seu poder de decisão.

Assim, a forma como é encarado o comportamento face à dor, é determinado pela cultura de cada mulher e pelos preconceitos da dor, colhidos a partir da vivência de outras mulheres. Neste sentido, o EESMOG através de uma informação adequada fornecida as grávidas/conviventes significativos e mediada pela relação terapêutica contribuirá para diminuir a ansiedade e o medo, facilitando também o controlo e a gestão da dor e a progressão do TP.

⁶ Apêndice I: Cronograma de actividades.

Tal e como é salientado pela OMS (1986), uma das intervenções autónomas do EESMOG durante o TP, é o alívio da dor da grávida, mediante a implementação de medidas não farmacológicas.

Por outro lado, a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) (2009), reforça o respeito pelas crenças e valores das grávidas.

O HFF, devido à zona geográfica abrangida, é considerado um hospital multicultural, sendo a população alvo composta essencialmente por emigrantes de países africanos, do Brasil e Europa do Leste.

Ao longo do decorrer deste EC, bem como, da minha experiência profissional, constatei que a população multicultural, alvo dos nossos cuidados, coloca-nos diversos desafios, nomeadamente, no adquirir de conhecimentos e competências que nos permitam prestar cuidados culturalmente sensíveis.

A adopção do enfoque cultural na compreensão da dor no TP possibilita ao enfermeiro assistir à grávida/convivente significativo durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério em base as suas necessidades. (SAITO, GUALDA, 2002).

Para tal, Rodrigues, (2009, p.169-170) refere que “os cuidados à volta do nascimento que englobam a família onde se insere o novo membro (...) apresentam uma diversidade ampla, imersos numa cultura própria, que definem, orientam, auxiliam e apoiam as famílias no desempenho dos seus papéis.”

Um dos meus objectivos inicialmente, delineados foi sensibilizar aos EESMOG, que integram a equipa de enfermagem do SUGO/BP do HFF para a implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP.

No decorrer do EC, através da observação participativa, denotei que a equipa de enfermeiros especialistas estava globalmente sensibilizada para a implementação destas medidas, aplicando-as sempre que indicado, sendo no entanto necessário o reforço da necessidade dessas medidas, pois nem sempre eram aplicadas.

Neste sentido foram disponibilizados momentos de partilha de experiência entre os diferentes EESMOG, dando o seu parecer sobre a implementação e o uso destas medidas, dado que exerciam funções em maternidades de diferentes hospitais da área da grande Lisboa. Estas partilhas de experiências e o apoio do enfermeiro orientador constituíram um contributo muito importante para a implementação do meu projecto.

Seguidamente, consultei o manual de normas/procedimentos do SUGO/BP, e verifiquei que não existia uma norma relativamente à implementação destas medidas.

Actualmente, a elaboração de normas constitui uma das actividades de enfermagem que fazem parte integrante dos programas de qualidade dos cuidados, dado que permitem unificar e sistematizar os mesmos. Neste sentido, o meu contributo consistiu na elaboração duma norma de procedimentos ⁷sobre as medidas não farmacológicas a serem implementadas no BP.

A elaboração da norma foi precedida pelo conhecimento da estrutura física e a dinâmica organizacional e funcional do SUGO/BP, bem como os recursos humanos e materiais existentes.

De entre os recursos materiais existentes no BP para a implementação destas medidas destaco a existência de bolas de parto, aparelhos de rádio para a musicoterapia e duche de chuveiro nas casas de banho. É de salientar que por limitações técnicas não foi possível usar o recurso da telemetria.

A norma de procedimento relativamente a implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor, inclui a implementação do duche de chuveiro, a deambulação/mudança de posição, a utilização da bola de parto e a musicoterapia. Estas medidas foram seleccionadas, tendo por base as condições físicas do BP, bem como os recursos materiais existentes.

A elaboração desta norma de procedimento pretendeu unificar os cuidados de enfermagem prestados as grávidas/conviventes significativos no que concerne ao alívio da dor, bem como servir para a integração de novos elementos no serviço.

No decorrer deste EC, denotei que a população que recorre ao HFF, se encontra pouco informada e capacitada para tomar decisões referentes à sua saúde. Especificamente no que diz respeito às grávidas/conviventes significativos em TP, constatei que os mesmos apresentavam uma perda de sensação de controlo, com uma capacidade de tomar decisões sobre o seu corpo, quase inexistente.

No entanto, muito ficou por fazer neste campo, apesar dos muitos esforços realizados as minhas intervenções para empoderar as grávidas, foram sentidas como insuficientes.

A maioria das vezes, recebia as grávidas/conviventes significativos na fase activa do TP, num ambiente desconhecido, gerador de ansiedade, não sendo estas as condições ideais para as capacitar para a adopção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

⁷ Apêndice II: Norma de procedimento sobre as medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto.

De forma a colmatar as dificuldades/limitações supracitadas, a minha prestação de cuidados no primeiro estágio do TP, baseou-se em empoderar a grávida, informando-a sobre a pertinência da adopção de medidas de conforto e relaxamento, bem como facilitar a utilização dos recursos materiais necessários para implementar as medidas não farmacológicas, existentes no BP.

Saliento ainda, que a implementação destas medidas foi sempre negociada com os pares, nomeadamente envolvendo o enfermeiro orientador.

De entre as medidas não farmacológicas implementadas, destaco a utilização combinada, da bola de parto e a participação do convivente significativo na realização da massagem lombar; a estimulação da grávida a deambular/adoptar posições facilitadoras do TP (em concreto a posição vertical dentro do quarto de dilatação, com monitorização cardiotocográfica externa contínua ou intermitente), e o incentivo para desfrutarem de um duche de chuveiro relaxante.

Com a implementação destas medidas, o processo de TP poderá ser menos doloroso, menos tenso, dado que as grávidas/conviventes significativos precisam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação.

Uma das dificuldades por mim sentidas, na implementação destas medidas, diz respeito à pouca flexibilidade, por vezes sentida, por parte de elementos da equipa multidisciplinar, que parecem ter dificuldade em reconhecer e credibilizar o uso destas medidas.

Assim, decidi estabelecer parcerias com as consultas externas de obstetrícia e com a unidade de internamento de obstetrícia, Unidades que constituem com o SUGO/BP, a Maternidade do HFF.

Nas consultas externas, existem condições favoráveis para que o EESMOG desenvolva o seu papel como educador. Existe maior tempo disponível para realizar intervenções individualizadas e autónomas direccionadas à educação para a saúde das grávidas/conviventes significativos, além de não existir a ansiedade e o medo relacionados com o TP eminente.

É de salientar a importância da consulta de enfermagem, a qual pode traduzir de forma clara as intervenções autónomas do EESMOG. Segundo a OE (2006), a consulta de enfermagem visa a realização de uma avaliação, ou o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, para ajudar o indivíduo a atingir a sua capacidade de autocuidado.

Neste sentido, considero que a prestação de cuidados em parceria com a mulher, promove o auto-cuidado e a saúde destas, das crianças e das famílias.

Respeitando a sua cultura e dignidade humana, estamos a promover uma sociedade mais justa e igualitária.

Assim, é importante que, as grávidas/conviventes significativos, desde fases precoces da gravidez (inclusive, desde o período pré-concepcional), bem como, mulheres em idade fértil, frequentem e sejam envolvidas nas consultas de vigilância pré-natal/planeamento familiar, de modo a serem informadas dos cuidados pré-concepcionais, das particularidades da gravidez, e dos serviços de saúde disponíveis.

Desta forma, são encorajadas a fazer escolhas informadas sobre a sua própria saúde, ou seja promove-se o seu empoderamento.

Durante o período em que permaneci nas consultas externas, inicialmente, elaborei uma formação de sensibilização às grávidas ⁸sobre a necessidade de implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor em TP.

No entanto para este efeito, a estrutura física revelou-se uma limitação. A única sala onde se poderia realizar a formação, seria a sala de espera, pelo que no meu parecer e da EESMOG responsável das consultas externas de obstetrícia, esta não reunia as condições necessárias para realizar a formação, principalmente devido ao ruído e à entrada e saída de pessoas.

Optei então, por implementar a metodologia de aprendizagem pela conversação, caracterizada por permitir uma maior facilidade de interação com as grávidas, realizando assim educação para a saúde individualizada/em grupo, sobre aspectos referentes ao TP, em concreto, sobre os sinais de início, aspectos relacionados com a dor e também as sobre as diferentes estratégias para o alívio da dor.

Foi sublinhada a importância da implementação das medidas não farmacológicas, dado que requerem a participação activa das grávidas, fazendo-as parte integrante e activa do seu processo de saúde, com capacidade de decidir após serem devidamente informadas.

Por tanto, sensibilizei as grávidas/conviventes significativos para a implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante a sua ida ao hospital para assistir à consulta de obstetrícia. Denotei que a maior parte das grávidas que tinha realizado o curso de preparação para a parentalidade, (como as grávidas com

⁸ Apêndice III: Formação de sensibilização das grávidas/conviventes significativos para a adopção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

habilitações literárias superiores), encontram-se mais informadas, sensibilizadas e ao mesmo tempo capacitadas para pôr em prática estas medidas.

Por outro lado, num estudo, McCrea [et al], (1999) cit. por Lally [et al], (2008), as múltiparas dão maior importância ao facto de estarem informadas do que as primíparas, que se centram mais no controlo de emoções do que no envolvimento na tomada de decisão. Neste sentido, Assim, Green e Baston (2003) cit. por Lally [et al], (2008), suportam este ponto de vista, reforçando que a participação na tomada de decisão é importante para as múltiparas, mas consideram mais importante o facto de serem tratadas com respeito.

Assim elaborei um folheto informativo com as principais medidas não farmacológicas passíveis de serem implementadas no BP/Serviço de Obstetrícia do HFF. Este folheto foi entregue as grávidas/conviventes significativos no decorrer das consultas, e a àquelas internadas no internamento de Obstetrícia, para ITP, sempre após serem fornecidas as orientações e explicações devidas.

Este folheto contém uma breve explicação, em linguagem adequada e acessível, sobre as distintas medidas não farmacológicas para o alívio da dor em TP. As grávidas/conviventes significativos foram incentivados a lerem o folheto e as suas dúvidas foram esclarecidas no momento.

O panfleto informativo ⁹ é um suporte educativo que surge como necessidade de complementar à educação para a saúde realizada as grávidas/conviventes significativos de forma escrita e que serve como guia de orientação.

Neste sentido e segundo Santos (1999), o panfleto é uma ferramenta vantajosa em saúde para os utentes, dado que orienta, motiva e responsabiliza a cada um deles.

Outra das actividades realizadas por mim realizadas, diz respeito à elaboração de um poster¹⁰ sobre estas medidas.

Para tal foram desenvolvidas algumas démarches que visavam a negociação desta actividade com os pares. Neste sentido, solicitei parecer sobre o mesmo às enfermeiras chefes do SUGO/BP e do internamento de obstetrícia, pelo que aguardo consentimento pela direcção do HFF, de forma proceder à sua exposição.

Para despertar o interesse da população alvo, organizei as informações de modo a que as ideias centrais do trabalho ficassem melhor evidenciadas e fossem mais facilmente entendidas.

⁹ Apêndice IV: Panfleto informativo.

¹⁰ Apêndice V: Poster.

2.1. Resultados

A realização destas actividades tiveram como objectivo principal uniformizar os cuidados prestados entre as distintas Unidades que compõem a maternidade do HFF. Com as intervenções realizadas no âmbito do cuidar das grávidas/conviventes significativos em TP atingi os objectivos delineados, com sucesso, e ao mesmo tempo desenvolvi competências como futuro EESMOG.

Acompanhar as grávidas/conviventes significativos durante o TP/realização das consultas, facilitou a interacção e comunicação com os mesmos, contribuindo para o estabelecimento de uma relação de ajuda. Deste modo, foi possível caracterizar os cuidados de enfermagem de acordo com o Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996 que profere, no artigo 5º na 1ª e 2ª alínea: “tem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade (...). Estabelecem uma relação de ajuda com o utente”.

Os cuidados prestados foram baseados na evidência científica e a tomada de decisão foi sempre caracterizada pela comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

Para a enfermagem e para a saúde, este projecto, poderá contribuir no seu aumentando o corpo de conhecimentos sobre a prática de enfermagem obstétrica.

Nesta caminhada da implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor, visei proporcionar à grávida o papel de protagonista no seu parto, reforçando a sua auto-estima e visando a promoção da sua capacitação, a promoção e a defesa dos seus direitos de cidadania.

Neste sentido, pela minha prática ao longo deste EC, denotei um acréscimo na implementação das medidas não farmacológicas por parte dos EESMOG. Por outro lado, desenvolvi estratégias para sensibilizar as mulheres para a implementação destas medidas através da educação para a saúde, direccionando os cuidados de enfermagem prestados, não somente para o alívio da dor, bem como, para o respeito dos valores e direitos das mulheres.

Neste sentido, para que uma mulher conquiste a sua autonomia, necessária à tomada de decisão, deve estar devidamente informada. É de agradecer a disponibilidade e o interesse manifestado pelas grávidas/conviventes significativos durante este EC, foi muito enriquecedor trabalhar com eles em parceria.

Assim, enquanto educador e dinamizador da aprendizagem, pretendi sempre prestar

cuidados em parceria, com o objectivo de obter ganhos em saúde para a mulher, em particular e para a comunidade em geral. Deste modo, mulheres empoderadas compreendem o seu valor na sociedade e exigem o acesso adequado aos serviços de saúde de qualidade (OMS, 2008).

Este facto é fundamental para a criação de recursos essenciais para a protecção da vida e bem-estar das mulheres.

A aplicação da metodologia de projecto implica o cumprimento de determinados princípios éticos tidos como universais, nomeadamente aqueles definidos pelo Código Deontológico de Enfermagem.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Este relatório consta de uma descrição e análise das actividades ¹¹realizadas durante o EC (Estágio com Relatório) e o seu respectivo cronograma de objectivos¹², fundamentais para o desenvolvimento de competências adquiridas como futuro EESMOG.

De forma a facilitar a minha integração ao longo dos EC anteriores, foi fundamental conhecer determinados aspectos relacionados com a estrutura física, dinâmica organizacional e funcional do serviço, nomeadamente o método de trabalho utilizado e os recursos humanos e materiais existentes.

Esta condição não foi diferente neste EC no SUGO/BP do HFF, pelo que considero o conhecimento da estrutura física e da dinâmica funcional desta Unidade prestadora de cuidados, fundamental, a qual propicia o desenvolvimento de competências como futuro EESMOG.

A constante cooperação do enfermeiro orientador e da equipa multidisciplinar bem como, a autonomia que me foi progressivamente concedida marcaram o desenvolver deste EC.

Ao longo deste percurso, procurei que as intervenções realizadas fossem baseadas na evidência científica, evoluindo na tomada de decisão, a qual beneficiou de uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

A Saúde Reprodutiva é uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias na actualidade, abarcando os cuidados pré-concepcionais, pré-natais e o planeamento familiar e que tem vindo a integrar áreas como a ginecologia e os cuidados no climatério.

Para cuidar da saúde sexual e reprodutiva é primordial que cada pessoa seja capaz de exercer uma escolha informada e responsável, resultando um reforço da autonomia, da auto-estima, da auto-confiança, assim como dos direitos das mulheres.

¹¹ Apêndice VI: Objectivos específicos e actividades do EC (Estágio com Relatório).

¹² Apêndice VII: Cronograma de objectivos do EC (Estágio com relatório).

No decorrer deste EC, a minha prestação foi pautada por cuidados em parceria com a mulher, no sentido de promover o auto cuidado e a saúde das mães, crianças e famílias.

A educação para a saúde constitui uma das áreas essenciais para diferenciar a nossa actuação como futuros EESMOG. Neste sentido, a utilização deste recurso foi fulcral ao longo de todo o meu percurso académico. Incluindo este EC.

A educação para a saúde, segundo Fernandes (2008, p.21), “consiste na tentativa de interiorizar na comunidade valores que promovam a dignidade humana com a finalidade de prolongar a esperança e qualidade de vida das pessoas de todo o mundo”.

Por este motivo, decidi centrar-me na educação para a saúde, por considerá-la uma prioridade na consecução da qualidade de vida das comunidades. Assim, pretendi sensibilizar as mulheres para a adopção de valores, mudança de atitudes e comportamentos que contribuem para a melhoria da sua qualidade de vida.¹³

Neste sentido, os cuidados pré-concepcionais, pré-natais, o planeamento familiar, a ginecologia e os cuidados no climatério são competências específicas do EESMOG.

Portanto, promovi, (tanto nas mulheres em idade fértil, como naquelas que se encontrem no processo de transição para a menopausa), estilos de vida saudáveis; informar os casais sobre as vantagens de regular a sua fecundidade; da importância do espaçamento entre as gravidezes; dos distintos métodos contraceptivos (vantagens, desvantagens e eficácia, entre outros), bem como, a sua correcta utilização.

Foi igualmente da minha responsabilidade: intervir no âmbito da educação para a saúde ao nível da promoção da vigilância da saúde periódica; da prevenção das IST; da importância da realização de rastreios ginecológicos (nomeadamente do cancro da mama e do colo do útero); da realização da consulta pré-concepcional e por último fornecer informação sobre as alterações fisiológicas e emocionais derivadas da menopausa, promovendo famílias saudáveis.¹⁴

¹³ Competência 7 preconizada pela OE (2010): Cuida o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

¹⁴ Competência1 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família/comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

Competência 5 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Competência 6 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Competência 7 preconizada pela OE (2010): Cuida o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Ao longo deste processo de desenvolvimento de competências como futuro EESMOG, uma das problemáticas em que investi prendeu-se com a necessidade de envolver e responsabilizar os homens na prevenção das IST e da gravidez não planeada.

Deste modo, foi necessário estabelecer e implementar acções de educação para a saúde individualizadas e adequadas às necessidades das mulheres/família.

A minha prestação de cuidados ao longo dos EC anteriores e neste em particular, foi norteadada pela promoção de uma vivência da sexualidade saudável e segura, independentemente da idade das utentes, e da promoção de gravidezes planeadas.

Outra das minhas principais preocupações como futuro EESMOG, foi sensibilizar e incentivar as grávidas/conviventes significativos para a vigilância de saúde periódica durante a gravidez, diagnosticando e prevenindo complicações na saúde da grávida no período pré-natal.¹⁵

Ao longo deste percurso, a prestação de cuidados foi pautada em parceria com a mulher, perspectivando a sua capacitação, mediante a planificação de cuidados culturalmente sensíveis e pelo respeito dos princípios éticos inerentes ao ser humano.

Assim o empoderamento é um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas para aumentarem a sua autonomia e o seu poder de decisão, bem como a apropriação de direitos para o pleno exercício da cidadania. (QUITETE, VARGENS, 2009).

A competência do EESMOG no período pré-natal, no que concerne à educação para a saúde aos casais é fulcral, pois a gravidez, acontecimento caracterizado por intensas mudanças físicas, psicológicas, relacionais e sociais, é um período de grande vulnerabilidade na vida das mulheres/conviventes significativos.

No contacto inicial com as grávidas/conviventes significativos, no SUGO/BP realizei a colheita de dados referente à história clínica da grávida, destacando os antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos. Contudo, revelou-se facilitador para o estabelecimento de uma relação terapêutica, a realização do acolhimento, baseado na empatia e na escuta activa.

Igualmente no decorrer do EC, a educação para a saúde as grávidas/conviventes significativos foi efectuada de acordo com o trimestre da gravidez em que se encontravam e com as suas necessidades manifestadas. Esta incidiu nos hábitos alimentares, nas alterações fisiológicas e psicológicas próprias da gravidez, na

¹⁵ Competência 2 preconizada pela OE (2010): Cuida da mulher inserida na comunidade no período pré-natal.

preparação para a parentalidade, na legislação própria da maternidade, na vivência da sexualidade, na promoção da amamentação, nos sinais de início do TP, e na despistagem de sinais de alerta, entre outros.

Conhecer as grávidas/conviventes significativos e intervir de acordo com o seu contexto sociocultural é primordial na minha actuação como educador para a saúde. É fundamental ir ao encontro dos seus conhecimentos, pois cada grávida/convivente significativo tem hábitos e crenças relacionadas com a saúde, que é imprescindível analisar e aceitar de forma a garantir o sucesso da nossa intervenção.

Assim sendo, e segundo Antunes, Lopes e Fernandes (2006), uma mulher que se mantém informada durante a gravidez convive melhor com futuras mudanças, ajudando a manter o equilíbrio entre os seus interesses, os do bebé e os do seu parceiro.

Outra das actividades realizadas ao longo deste EC, foi a vigilância do bem-estar materno-fetal e a orientação das grávidas/conviventes significativos, sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.¹⁶

O período pré-natal é fundamental no que respeita à preparação para a amamentação, uma vez que contribui, em grande medida, para o sucesso da mesma.

Neste sentido, e de acordo com Pereira (2006), os EESMOG têm um papel preponderante na promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.

Assim, actuei durante a gravidez, de modo a motivar e sensibilizar as grávidas/conviventes significativos acerca das inúmeras vantagens da amamentação.

Deste modo, no período pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento materno é facilitado, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações.

Preparar as grávidas/conviventes significativos para o parto, representa outro aspecto essencial a salientar durante o período pré-natal. Os cursos de preparação para o parto/nascimento têm como principal objectivo encorajar as grávidas/conviventes significativos a participar activamente no processo de parto, através de sessões educacionais.

A preparação para o parto/nascimento aumenta a autoconfiança das grávidas/conviventes significativos dado que oferece a aprendizagem de estratégias, que permitem reduzir a ansiedade e o medo relativos ao parto e possibilita um maior envolvimento do pai na preparação para o nascimento.

¹⁶ Competência 2 preconizada pela OE (2010): Cuida da mulher inserida na comunidade no período pré-natal.

De forma a garantir que as minhas intervenções a longo do EC fossem ao encontro das necessidades manifestadas pelas grávidas/conviventes significativos, senti a constante necessidade de realizar pesquisa bibliográfica com o objectivo de adquirir conhecimentos e desenvolver competências.

Neste EC, verifiquei um grande interesse por parte das grávidas/conviventes significativos relativamente a toda a informação fornecida, uma vez que me foram colocadas dúvidas pertinentes, às quais fui dando resposta de acordo com as necessidades identificadas.

Outra das intervenções mais importantes realizadas, diz respeito à validação com as grávidas/conviventes significativos da informação transmitida.

No decorrer deste EC no SUGO/BP, prestei cuidados individualizados a grávidas/conviventes significativos em situações de risco materno-fetal, nomeadamente APPT, hemorragias da gravidez, pré-eclampsias, síndrome de Hellp, diabetes gestacional e alterações do ILA, entre outras.¹⁷

Segundo Graça (2005, p. 134), “Uma gestação é considerada de alto risco, quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida/feto é superior à incidência dessa complicação na população geral”.

Durante a prestação de cuidados as grávidas/conviventes significativos com diferentes patologias relacionadas e associadas à gravidez, articulei os conhecimentos adquiridos na teoria, para implementá-los na prática de cuidados, tendo como prioridade a vigilância do bem-estar materno fetal.

Estas situações de risco e principalmente a probabilidade de ter um parto pré-termo criam nos futuros pais sentimentos de medo e ansiedade, pelo que a comunicação representa uma componente essencial na nossa prestação de cuidados. Assim, a comunicação representa a principal ferramenta terapêutica da que dispõem os enfermeiros (PHANEUF, 2005).

Durante a semana de estágio na Neonatologia, a minha intervenção foi muito direccionada para a vertente relacional, proporcionando aos pais momentos de partilha de sentimentos e experiências e promover o processo de transição para a parentalidade de forma mais gratificante¹⁸.

¹⁷ Competência 3 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

¹⁸ Competência 4 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher na família e comunidade durante o período pós-natal.

No que respeita aos cuidados prestados as grávidas/conviventes significativos em TP, é de salientar que inicialmente despertou-me muitas expectativas e porque não, também receios e ansiedades.

A vigilância das grávidas em TP é uma responsabilidade do EESMOG, sendo assim importante que sejam desenvolvidas competências nesta área, tornando o nascimento do filho, numa experiência positiva e gratificante para os novos pais.

É de salientar que este foi o meu primeiro contacto com um BP, tendo desenvolvido competências, que segundo Benner (2001), se encontravam no nível de iniciado.

Na admissão das grávidas/conviventes significativos, no SUGO/BP é iniciado o acolhimento. Este é um elemento facilitador de adaptação ao processo de hospitalização, constituindo o ponto de partida para que possa vir a estabelecer uma relação de confiança entre enfermeiro e utentes.

Neste sentido e de acordo com Teixeira (2003), o acolhimento não é simplesmente uma actividade em si, dado que está presente em qualquer contexto de prestação de cuidados, englobando o reconhecimento das necessidades dos utentes/famílias.

Após realizar o acolhimento as grávidas/conviventes significativos, proporcionei um ambiente seguro e tranquilo, privilegiando o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia e na escuta activa.

Neste sentido, as minhas intervenções foram baseadas nas necessidades individualizadas de cada grávida/convivente significativo, sustentadas na aplicação dos princípios ético/deontológicos de enfermagem, principalmente pelo incentivo da autonomia e o respeito pela privacidade e intimidade da grávida/convivente significativo.

Um dos meus objectivos foi permitir uma vivência positiva e gratificante do TP à grávida/convivente significativo a quem assisti, promovendo uma participação activa e informada, e atendendo aos seus desejos e necessidades.¹⁹

Para tal, temos que conhecer o que pensam as grávidas sobre o parto, os aspectos socioculturais que o envolvem. Uma das maiores inquietudes das grávidas/conviventes significativos associadas ao parto são o medo e, concretamente da dor.

Uma das minhas intervenções ao longo do EC, foram desmistificar estas ideias já preconcebidas e mentalizar e reforçar positivamente as grávidas. É fulcral explicar que

¹⁹ Competência 3 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

uma das possibilidades é enfrentar a dor, bem como encará-la como aliada e de forma positiva.

Destaco novamente o carácter subjectivo e multissetorial da dor, pelo que, o modo como a dor é encarada pelas parturientes é decisivo no desenrolar do próprio TP em todos os seus estádios.

Após informar as grávidas/conviventes significativos da pertinência da promoção de medidas facilitadoras do TP, foram implementadas em concordância com os pares e com o enfermeiro orientador, sempre que indicado.

As medidas facilitadoras do TP englobam a abordagem humanizada e a implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

No decorrer do EC, estas atitudes, muitas das vezes iam ao encontro das necessidades manifestadas pelas grávidas, incluindo a ingestão de água, promoção da deambulação, adopção de posições alternativas, a utilização da hidroterapia mediante a aplicação do duche de chuveiro, técnica da massagem, utilização da bola de parto, envolvimento do convivente significativo, etc.

Após implementação destas medidas, a maioria das grávidas manifestavam ter obtido maior conforto e maior capacidade na gestão e controlo da dor.

Neste sentido, Sartori et al (2011), assegura que os resultados positivos associados à implementação das medidas não farmacológicas durante o TP, seriam superiores se estas medidas fossem implementadas e instruídas durante o acompanhamento pré-natal, dado que permitiria uma maior familiarização da grávida com este tipo de medidas.

Por outro lado, encorajei o convivente significativo a permanecer junto da grávida durante o TP. A presença do convivente significativo, proporciona à grávida apoio físico, psicológico e emocional, reduzindo o medo e ajudando no alívio da dor e no desenvolver do TP.

Posto isto, ao longo deste EC, fui adquirindo gradualmente uma maior autonomia e capacidade de decisão, no que concerne à abordagem humanizada e a implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP.

Para além do supracitado, considero, ter demonstrado sensibilidade relativamente aos cuidados prestados as grávidas/conviventes significativos e domínio da técnica comunicacional e relacional.

Sempre que solicitado pela utente e após prescrição médica, colaborei de forma activa no controlo/alívio da dor das grávidas através da administração de terapêutica analgésica, bem como na participação na realização da analgesia loco-regional.

A analgesia epidural é o método farmacológico mais eficaz no alívio da dor em TP (Figueiredo, Costa, Pacheco, 2002, Brandão, 2010). Neste sentido, a nossa competência consiste em informar as grávidas/conviventes significativos dos benefícios e contra-indicações derivados da implementação desta técnica.

Os cuidados individualizados baseados nas necessidades das grávidas, proporcionam as grávidas/conviventes significativos, as condições físicas, psíquicas e emocionais adequadas, sendo estas facilitadoras do TP²⁰.

No que concerne á minha actuação na realização de partos eutócicos, esta caracterizou-se por uma aprendizagem gradual.

Apesar da minha ansiedade e receios iniciais serem elevados, posteriormente fui colmatando estas dificuldades, essencialmente através das orientações e do apoio constante do enfermeiro orientador, realizando o parto eutócico, progressivamente com maior segurança e serenidade.

Além da realização de partos eutócicos, também tive a oportunidade de assistir ao médico obstetra na realização de partos distócicos, tanto por ventosa como mediante fórceps.

Durante o segundo estágio do TP procedi a intervenções individualizadas para a realização do parto eutócico, tendo por base a humanização dos cuidados. Assim, foi promovida a vinculação precoce da tríade²¹, pelo contacto pele a pele, e sempre que o convivente significativo o desejou foi-lhe permitida a laqueação do cordão umbilical. Constatei que este facto foi muito gratificante, iniciando-se mais precocemente o processo de vinculação da tríade. Posto isto, a minha preocupação principal foi sempre promover o conforto e proteger a integridade física e psíquica da puérpera/RN.

Outro aspecto importante a salientar foi o que concerne ao terceiro estágio do TP, a dequitação. A minha prática de cuidados esteve baseada na evidência científica, mantendo sempre uma atitude expectante face a este processo, evitando posturas

²⁰ Competência 3 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

²¹ Competência 3 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Competência 4 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

intervencionistas. As manobras de extração da placenta só devem ser realizadas com a presença de sinais de descolamento, como inexistência de tração do cordão para a cavidade uterina ou hemorragia vaginal. (GRAÇA, 2005).

Após a dequitação, administrei oxitocina, avaliando a tonicidade uterina, mediante a formação do globo de segurança de Pinard, e a verificação da integridade da placenta e das membranas.

Finalmente, realizei a episiorrafia ou perineorrafia, sempre que necessário. No que diz respeito, à reconstrução do períneo, considero que é uma técnica muito complexa, a qual requer muito treino e dedicação. Inicialmente optei por visualizar a realização da técnica e gradualmente fui participando, adquirindo maior destreza na sua realização. Considero que até ganhar autonomia, ainda tenho muito trabalho a realizar, no entanto, de forma a minimizar os medos e ansiedades e adquirir uma maior autonomia realizei um grande investimento pessoal mediante pesquisa bibliográfica, observação de vídeos e treino fora do horário extra curricular.

Estas experiências vivenciadas foram alvo de constantes períodos de análise e reflexão crítica, junto do enfermeiro orientador.

Posteriormente, após a prestação de cuidados perineais procedi à transferência da puérpera/RN para a sala do puerpério imediato²².

Ao longo deste EC tive oportunidade de prestar cuidados imediatos ao RN, mediante a implementação de procedimentos que visem e promovam o seu bem-estar, ajudando-o na adaptação à vida extra-uterina, além de assegurar a reanimação do mesmo em situações de emergência.²³

O quarto estágio de trabalho de parto, ou puerpério imediato, é um período crítico para a puérpera/RN. Constitui um período de recuperação física materna e um período de adaptação do RN à vida extra-uterina.

Assim, durante este estágio do TP, prestei os seguintes cuidados holísticos a puérpera: avaliação do estado geral da puérpera; promoção da vinculação mãe/filho e da amamentação; vigilância do globo de segurança de Pinard; das perdas hemáticas; do estado da episiorrafia ou perineorrafia, e da promoção do conforto materno e o alívio da dor.

²² Competência 4 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

²³ Competência 3 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Efectuei os registos de enfermagem adequados e posteriormente, transferi a puérpera/RN para o internamento do Obstetrícia, tendo a preocupação de informar os aspectos mais relevantes dos cuidados prestados à mulher/RN para promover a continuidade dos cuidados.

Para além do supracitado, tive a preocupação de visitar a puérpera/RN no dia seguinte ao parto, para conversarmos acerca da sua experiência do parto, do envolvimento nos cuidados ao RN, de avaliar o estado da episiorrafia, bem como, despiste de situações de risco, nomeadamente deiscência da sutura ou hematoma do perineo.

No puerpério, os serviços de educação para a saúde, são prestados directamente durante os cuidados, pelos enfermeiros e também em programas independentes como o auto-cuidado no pós-parto e a transição para a parentalidade (REDMAN, 2003).

As intervenções dos EESMOG são fulcrais nesta fase nomeadamente no sentido de potenciar a saúde da puérpera/RN apoiando o processo de transição para a parentalidade.²⁴

No acompanhamento da puérpera, no decorrer do EC, a minha prestação de cuidados teve como objectivo tornar a puérpera apta para o seu auto-cuidado e cuidados ao RN, envolver os pais nos cuidados ao RN, bem como, capacitá-los para a procura dos serviços de saúde. Deste modo, promovi a auto-confiança dos pais, indispensável para o desempenho satisfatório da parentalidade.

As minhas intervenções de educação para a saúde no período pós-natal abrangeram distintas áreas como amamentação, cuidados ao RN, hábitos alimentares, contracepção pós-parto, sexualidade, recursos da comunidade, sinais e sintomas de alterações do puerpério, promoção da saúde mental, entre outras.

O acompanhamento do puerpério normal tem que ter uma continuação no que respeita à atenção à puérpera/RN depois da alta hospitalar. Assim, concretizei a visita domiciliária no EC de internamento de puérperas.

A visita domiciliária contribui para oferecer actividades de aconselhamento para a puérpera/RN/família.

Considero que a visitação domiciliária puerperal é um instrumento por excelência que permite ao EESMOG ensinar, educar e instruir a puérpera/família sobre o pós-parto, favorecendo o processo de adaptação e transição para a parentalidade, e apoiar a família na aceitação do novo elemento no contexto familiar.

²⁴ Competência 4 da OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

A prática da enfermagem ginecológica pressupõe que o EESMOG desenvolva intervenções adequadas às necessidades particulares das utentes, ajudando a vivenciar os processos de saúde/doença ginecológica, procurando reduzir ou minimizar as alterações decorrentes das situações de doença.²⁵

Na admissão das utentes que recorreram ao SUGO com afecções do foro ginecológico, tive a autonomia para realizar a triagem de acordo com a sua ordem de admissão, atendendo principalmente a factores prioritários. Deste modo, tive oportunidade de prestar cuidados do foro ginecológico as utentes, sendo que as situações mais frequentes, prenderam-se com situações de abortos espontâneos e/ou IVG com necessidade de curetagem e o tratamento de infecções do âmbito ginecológico.

Durante este EC no BP, vivenciei uma situação de abortamento. Nesta situação, promovi um ambiente seguro e adaptativo, através da empatia e a escuta activa, e a minha prestação de cuidados baseou-se no respeito pela cultura, a religião e os valores do casal, favorecendo o processo de luto.²⁶

Considero o processo de luto um processo psicológico que permite recuperar um choque emocional provocado por uma perda.

É de salientar que foram várias as situações no atendimento, que deparei com utentes no período do climatério. Tive a oportunidade de realizar educação para a saúde sobre este processo biológico, que para muitas mulheres é vivenciado de forma angustiante, devido a todas as alterações físicas, psíquicas e emocionais vividas nesta fase das suas vidas²⁷.

No decorrer deste EC no SUGO/BP, muitas foram as situações vivenciadas que me permitiram a utilização do pensamento crítico e reflexivo. A análise reflexiva permite questionarmos as nossas práticas diárias, melhorando assim a nossa atitude com o e intervenções como o intuito de alcançar a excelência nos cuidados que presto.

A partilha de experiências e reflexões com os profissionais do SUGO/BP e com os colegas do 5º CPLEESMO, nomeadamente nas sessões de análise práticas, foram

¹⁰ Competência 5 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

²⁵ Competência 5 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério
Competência 6 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

²⁶ Competência 4 da OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

²⁷ Competência 5 preconizada pela OE (2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

muito enriquecedoras e contribuíram de forma positiva para o meu processo de aprendizagem.

No que concerne à reflexão realizada diariamente nas actividades efectuadas durante o do EC, considero ter sido de extrema importância pois permitiu-me crescer enquanto futuro EESMOG. Alguns destes momentos ficaram expressos na forma de diários de aprendizagem, que foram discutidos e me ajudaram a melhorar o nível de análise e reflexão que também se traduziram numa melhoria nos cuidados prestados.

Por outro lado a elaboração do próprio relatório de estágio constitui mais um momento de reflexão e auto-crítica, pois através dele foi possível reflectir sobre as actividades desenvolvidas ao longo do EC, bem como, do percurso académico.

Reflectir sobre a acção é um processo importante, e tal como refere Araújo e Cunha (2006) permite obter-se um esquema facilitador da aquisição de conhecimentos auxiliando a integração da teoria com a prática.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Para Fortin (1999, p.114), a ética é “ ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”. Assim, podemos defini-la como uma série de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos na qual estes se inspiram para guiar a sua conduta. (LEITÃO, 2010).

Numa perspectiva ética, a relação entre quem presta cuidados e quem os recebe, pauta-se por uma série de princípios e valores.

Entre eles, a dignidade humana é o pilar principal a partir do qual decorrem os restantes princípios, estando presente, de forma evidente, em todas as decisões e intervenções.

Os princípios da liberdade e da dignidade humana prendem-se com a autonomia, enquanto capacidade da pessoa para se reger por leis próprias, agindo de modo pessoal.

O princípio do respeito pela autonomia diz respeito à liberdade de acção com que cada pessoa escolhe. As pessoas autónomas são capazes de escolher e agir conforme decidem. Este princípio significa o reconhecimento e que a pessoa é livre e autónoma, sendo capaz de decidir por si mesma.

É por isso que a informação antecede as escolhas, para que possam ser livres e esclarecidas. Posto isto, uma mulher informada conquista a sua autonomia e a sua tomada de decisão no que respeita a sua saúde.

Segundo Leitão (2010), a tomada de decisão é realizada baseada em vários factores, nomeadamente os desejos e objectivos do indivíduo, as suas expectativas, os seus conhecimentos e a conjugação dos seus valores com os valores do outro.

O princípio de autonomia aparece com frequência, tanto no respeito pelas pessoas, como na protecção da privacidade e da intimidade e no consentimento informado.

Para garantir o respeito pela autonomia, surge a autenticidade, que visa garantir que a escolha dos indivíduos é realizada independentemente os meios externos. (LEITÃO, 2010).

As decisões de enfermagem afectam significativamente à vida das pessoas. Posto isto, os enfermeiros têm o poder de fazer bem ou mal aos seus clientes. A acção em benefício do outro é boa, se pretende aliviar sofrimento, restaurar e promover a saúde, prevenir a doença e se, no decurso da acção, baseia-se no respeito pelos valores,

crenças e convicções de quem é cuidado, em definitiva, respeitar a sua autonomia. (NUNES, AMARAL, GONÇALVES, 2005).

Neste sentido, saliento o conceito de humanização dos cuidados, dado que o enfermeiro contribui para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa que cuida.

O desafio do enfermeiro é criar um espaço físico agradável, funcional e seguro para a prestação de cuidados, nomeadamente no cuidado da grávida em TP, uma das suas competências fundamentais é criar na equipa multidisciplinar uma cultura de humanização de cuidados. (NUNES, AMARAL, GONÇALVES, 2005).

Os enfermeiros têm vindo a defender que os utentes são parceiros de cuidados. Assim, o binómio enfermeiro/utente encontra-se ao mesmo nível na tomada de decisão. A partir do princípio do respeito pela autonomia do utente, os enfermeiros “dão poder” às pessoas, surgindo o conceito de empoderamento, que promove a participação activa e efectiva dos clientes no planeamento de cuidados. (NUNES, 2004).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUESTÕES EMERGENTES

Os EC realizados ao longo do meu percurso académico, representam oportunidades para a aquisição e o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para a integração de saberes. As actividades desenvolvidas ao longo deste EC, contribuíram de forma positiva para aplicar conhecimentos e desenvolver competências, bem como para vivenciar experiências e realidades novas.

O ponto de partida foi um projecto individual de estágio centrado no empoderamento das grávidas para o controlo e a gestão da dor durante o trabalho de parto, através da utilização de medidas não farmacológicas, mediante a utilização de técnicas de comunicação e da educação para a saúde.

O conceito de empoderamento foi central ao longo deste percurso. O reforço do direito a uma cidadania activa, por parte da mulher, implica a tomada de decisão esclarecida e o respeito pela sua autonomia.

No que confere aos cuidados prestados as grávidas/conviventes significativos durante o TP, na cultura judaico-cristã, o parto é na maior parte das vezes vivenciado e relatado como um evento em que está presente a dor. Um dos maiores receios associados ao parto é o medo e concretamente da dor.

Parir foi e é considerado doloroso pela maioria das culturas do mundo. A hospitalização do parto, levando-o a ser considerado um evento médico-cirúrgico, e a percepção cultural de que a dor é considerada como um sintoma de doença e deve ser suprimida, resultou na crença de que a dor no parto é dispensável, devendo ser aliviada mediante tecnologias médicas apropriadas (CARRARO [et al], 2006).

As futuras “mães” têm assumido que o parto, “tem de doer”, como se a dor fosse também um marcador da maternidade e da feminilidade. Contudo, devido ao carácter subjectivo desta, a sua intensidade depende do limiar da dor de cada mulher, pelo que é experimentada de modo muito singular.

Será que o empoderamento das mulheres para a tomada de decisão em vários domínios, nomeadamente nos da cidadania e da saúde, não pode desenvolver-se ao longo de todo o percurso escolar? Qual o papel da educação para a saúde no contexto escolar, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e social? Será que integrar aspectos relativos à parentalidade como os que estudei não contribuirão para o empoderamento das mulheres?

O empoderamento visa o equilíbrio de poder entre homens e mulheres, tornando igualitária a capacitação para a tomada de decisão, criando condições para que as mulheres sejam autónomas nas suas decisões e na forma de gerir as suas vidas. (OMS, 2008).

Em termos de sugestões resultantes das competências adquiridas ao longo do meu percurso académico e profissional considero necessário que a educação para a saúde (incluindo os aspectos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva), integre os currícula escolares nos vários graus de ensino. Tal implica o direito das mulheres a acederem aos serviços de saúde adequados e seguros durante a gravidez e o parto, proporcionando aos futuros pais uma adaptação eficaz e responsável da parentalidade. (IPPF- Carta dos direitos sexuais reprodutivos).

Acredito que a abordagem destes temas na escola, pode contribuir para o desenvolvimento do empoderamento das mulheres, bem como, promover os mecanismos de tomada de decisão, a utilização dos recursos disponíveis na comunidade e as capacidades de comunicação.

A literacia em saúde representa as estratégias cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para ter acesso, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter a saúde. (OMS, 1998).

Diferentes níveis de literacia permitem, progressivamente, uma maior autonomia na tomada de decisão e um maior empoderamento pessoal. Neste sentido, a literacia em saúde materna, pode ser definida como o conjunto de estratégias cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade das mulheres para ter acesso, compreender e utilizar a informação para que promovam e mantenham a sua saúde e a dos seus filhos. (RENKERT, NUMBEAN, 2001).

A igualdade de género e o empoderamento das mulheres são factores protectores contra as principais causas de mortalidade e morbilidade materna e neonatal. (OMS, 2008).

Mulheres empoderadas compreendem o seu valor na sociedade e exigem o acesso adequado a serviços de saúde de qualidade. (OMS, 2008). Este facto é fundamental para a criação de recursos essenciais para a protecção da vida e bem-estar das mulheres.

Assim considero preponderante capacitar as raparigas desde jovens, em concreto nas escolas, para serem responsáveis pelas suas escolhas em matérias de saúde e contribuindo para o livre exercício da cidadania.

Assim, mulheres com um nível de habilitações literárias mais elevadas encontram-se mais capacitadas para expressar as suas necessidades e afirmar os seus direitos. OMS (2008).

A educação para a saúde ao longo do percurso escolar (o mais precocemente possível), possibilita o desmontar de algumas representações sobre a maternidade e a parentalidade, nomeadamente, desmistificar o parto associado à dor e ao sofrimento, como um momento privilegiado na vida da mulher e do casal, para o qual eles podem contribuir positivamente.

Assim, as intervenções do EESMOG passam por identificar e desmistificar estas ideias preconcebidas e por mentalizar e reforçar positivamente as grávidas/conviventes significativos. Deste modo, é fundamental capacitar as mulheres para compreender, identificar e controlar a dor, através de estratégias de coping,²⁸ mobilizando os recursos de que dispõem. Neste sentido, estamos a potenciar uma vivência mais positiva do momento do parto único e inesquecível.

²⁸ O conceito de coping tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes.(ANTONIOZZI, DELLÁGLIO, BANDEIRA, 1998). Segundo Santos et al (2003), citado por Pacheco (2008), o coping “é um conjunto de esforços realizados para lidar com uma situação, independentemente do seu resultado”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFONSO, M. DURYEA, S. RODRIGUEZ POMBO MV. (2007). **Reproductive empowerment and Quality of life**. Acedido em 5/6/2011. Disponível em: http://www.iadb.org/research/redirect/pub_hits.cfm? Pub_id=S-887&pub_file_name=pubS-887.pdf
- ANTONIAZZI, A; DELL'AGLIO, D. BANDEIRA, D. (1998) **O conceito de coping: uma revisão teórica**. Estud. psicol. (Natal) [online]. vol.3, n.2, pp. 273-294. ISSN 1413-294X. Acedido em: 2/7/2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? Pid=S1413-294X1998000200006&script=sci_arttext
- ARAÚJO, MA; CUNHA, MS. (2006) **A Importância da Articulação no Domínio da Educação para a Saúde em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia**. In: **Sinais Vitais**, Coimbra. ISSN 0872-0844. Volume n.º68 (Setembro). Pag.14-18;
- ARBUÉS, ER.; LOPEZ, EA. (2009). **Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo**. Nure investigación, nº 41, Julio-Agosto. Acedido em 4/7/2011. Disponível em: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/comdolorparto41_1.pdf
- AZEVEDO, C; De AZEVEDO, A. (2008). **Metodologia Científica: Contributos para a elaboração de trabalhos académicos**. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. ISBN 978-972-54-0212-2.
- BECKER, D. [et al] (2004). **Empowerment e avaliação participativa num programa de desenvolvimento local e promoção da saúde**. Ciência & Saúde colectiva, 9 (3): 655-657. Acedido em 5/6/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>
- BENNER, P. (2001) – **De iniciado a perito**. Lisboa: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-9-X
- BLOOM SL. [et al]. (1998). **Lack of effect of walking and labor to operative delivery**. New England Journal of Medicine. Waltham, v.339, n.2, p. 76-79, 1998. Acedido em 4/6/2011. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199807093390203>

- BRANDAO AP. (2010) **Vivências de trabalho de parto e parto: estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas**. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. Acedido em 30/6/2011. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26616/2/TESE%20MESTRADO%20PAULA.pdf>
- CARRARO [et al]. (2006). **Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca da opinião das mulheres**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 97-104. Acedido em: 4/7/2011. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414366011.pdf>
- CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. (1986). **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá. Acedido em 5/6/2011. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- CARVALHO A., CARVALHO G. (2006). **Educação para a saúde. Conceitos, prática e necessidades de formação**. Lusociência. ISBN- 972-8930-22-4.
- CLUETT ER, [et al] (2005) **Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida)**. En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Acedido em 3/6/2011. Disponível em: <http://www.update-software.com/pdf/CD000111.pdf> dddk
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. (1999). **Promover a vida**. Ed: Lidel. Março, ISBN 972-757-109-3
- COSTA R., [et al]. (2003). **Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. Psicologia, Saúde, Doenças**, 4 (1), 47-67. Acedido em 5/6/2011. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/362/36240104.pdf>
- COUTO, G. – (2003) **Preparação para o Parto**. Luso ciência. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. ISBN 972-8383-63-0
- DAVIM R.M.B. (2007). **Avaliação da efectividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase activa do trabalho de parto**. Discussão de tese de doutoramento. Acedido em 3/6/2011. Disponível: em http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado/tde_arquivos/23/TDE-2008-02-14T015540Z-1080/Publico/RejaneMBD.pdf

- DAVIM [et al]. (2008) **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes.** Ver. Electr.Enf.10 (3): 600-9. Rev. Eletr. Enf. 2008;10 (3): 600-9. Acedido em 3/6/2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>
- DAVIM RMB, TORRES GDV, DANTAS JC. (2009). **Efectividade das estratégias não farmacológicas no alívio da dor das parturientes no trabalho de parto.** Rev Esc Enferm USP; 43(2) 438-45. Acedido em 3/6/2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf
- DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** Acedido a: 26/06/2011 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18_REPE-vf.pdf .
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar.** Lisboa, 2008 ISBN 978-972-675-182-3. Acedido ao 20/6/2011
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2004/2010.** Acedido ao 20/6/2011. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol>
- FAME. (2006) **Iniciativa al parto normal.** In: [federacion-matronas.org](http://www.federacion-matronas.org). <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>. Acedido em 3/6/2011. APEO (2009). **Iniciativa parto normal. Documento de consenso.** Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3
- FERNANDES, MM. (2008). **A Saúde Também Se Educa. Colecção Medicina e Saúde.** Instituto Piaget. ISBN 978-972-771-938-9
- FIGUEIREDO B. COSTA R. PACHECO A. **Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas.** *Análise Psicológica* (2002), 2 (XX): 203-217 Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a02.pdf>
- FORTIN, M-F. (1999) **O processo de Investigação, da Concepção à Realidade.** 2ª Ed. Loures: Lusociência.. ISBN 972-8383-10X.
- GAYESKI M E, BRUGGEMANN O M. (2010). **Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: Uma revisão sistemática.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 774-82. Acedido em 3/6/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>

- GRAÇA, L. (2005) **Medicina materno-fetal**. 3ªed. Lisboa: Lidel, ISBN 972-757-325-8.
- ICN - Internacional Council of Nurses – (2005) **CIPE Versão 1.0**. Geneve: ICN, 2005. (Tradução Portuguesa) 210p. ISBN 92-95040-36-8.
- LALLY, JE. [et al]. (2008) **More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour**. BMC Medicine, 6:7. Acedido a 4/7/2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/7>
- LAVERACK G. (2004). **Promoção da saúde Poder e empoderamento**. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-09-3.
- LEEMAN L. [et al]. (2003). **The nature and management of Labor pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief**. American Family Physician Setember 15/ Vol 68, Number 6.
- LEITÃO, FJC. (2010). **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. Mestrado em Bioética. Acedido em 5/7/2011. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2212/1/596873_Tese.pdf
- LOWDERMILK, D. PERRY, S. (2008) **Enfermagem na maternidade 7ª ed**. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- MACHADO NXS, PRAÇA NS. (2006). **Centro de Parto Normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. Ver Esc Enferm USP; 40 (2): 274-9. Acedido a 4/7/2011. Disponível em: <http://parir.blogspot.com/2006/10/centro-de-parto-normal-e-assistncia.html>
- MAMEDE FV, [et al]. (2007). **O efeito da deambulação na duração da fase activa do trabalho de parto**. Esc Anna Nery R Enferm set; 11(3): 466-71. Acedido em 3/6/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11.pdf>
- MAMEDE FV., [et al]. (2008) **A dor durante o trabalho de parto: O efeito da deambulação**. Rev latino-am Enfermagem nov-dez; 15(6). Acedido em 3/6/2011 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_15.pdf
- MODELOS DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL - **Sistema de individualização das Especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)**. (2009) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- NEUMAN, B. FAWCETT, J. – (2010). **The Neuman System Model**. Fifth Edition, Pearson, ISBN 978-0-13-514277-6.
- NUNES, L. (2004). **A especificidade de Enfermagem**. In: Patrão Neves, et al. **Para uma ética de enfermagem: Desafios**. Editora gráfica de Coimbra. ISBN: 9789726033264.
- NUNES, L; AMARAL, M; GONÇALVES, R. (2005) **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN 972-99646-0-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 18/6/2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) - **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Série Maternidade Segura. Genebra. Acedido em 6/5/2011.
- OUSCHAN R.; SWEENEY J.C.; JOHNSON L.W. (2000). **Health Marketing Quarterly**. 1545-0864, Volume 18, Issue 1 & 2, 2000, Pages 99 – 114. Acedido em 5/6/2011 Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J026v18n01_08
- OXORN H.- (1989). **Trabalho de parto**. Quinta edição. Roca. ISBN- 0-8385-7665-6.
- PACHECO S. (2008). **Stress e mecanismos de Coping nos estudantes de enfermagem**. Revista referência Série II nº7. Acedido em: 2/7/2011 Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esebb.pt%2Frr%2Fadmin%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D235%26codigo%3D&rct=j&q=mecanismos%20de%20coping&ei=G4MLTt2CMIImM-wbx_OjOAg&usg=AFQjCNF1FN2HYynwmqPdPk4nidSnTHSX_A&sig2=tgXmqCQ9zss0HwfRaVXVvg
- PEREIRA, M.A. (2006). **Aleitamento materno – Importância da correcção da pega no sucesso da amamentação – resultados de um estudo experimental**. Lisboa: Lusociência. ISBN 2572-50-015-4
- PEREIRA, M.A. (2010) **A importância atribuída pelos Enfermeiros ao empowerment dos doentes na relação terapêutica enfermeiro-doente**.

Lisboa. Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa. Disponível em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>

- PHANEUF, M. (2005) **Comunicação, Entrevista, relação de ajuda e validação**. Lusociência, Lisboa.
- QUITETE J B VARGENS OMC (2009). **O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: Empoderamento ou submissão das mulheres usuárias**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, jul/set; 17(3): 315-20. Acedido em 5/6/2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a03.pdf>
- REDMAN. B – (2003) **A Prática da Educação para a Saúde**. Luso ciência. 9ª Edição Lisboa, ISBN: 972-8383-39-8.
- **REGULAMENTO DAS COMPÊTÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA OBSTETRÍCIA E GINECOLÓGICA**. (2010). ODE. Aprovado por unanimidade em assembleia Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.
- RENKERT, S.; NUTBEAM, D. (2001). **Opportunities to Improve Maternal Health Literacy through Antenatal Education**. An Exploratory Study. Health Promotion International, 16 (4), pp.381-388. Acedido em 5/6/2011 Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/4/381.full.pdf+html>
- RODRIGUES, M., PEREIRA, A., BARROSO, T. (2005). **Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde**, Coimbra: Formasau. ISBN: 9789728485528. Acedido ao 16/6/2011. Disponível em: http://livromedica.pt/product_info.php?CPath=123_29&products_id=4097.
- RODRIGUES, N.– (2009). **Diversidade Cultural na Maternidade**. In: **MULTICULTURALIDADE – Perspectivas de Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2009. ISBN 978 – 972 – 8930 – 45 – 5. p. 165 – 180.
- SAITO, E. GUALDA, DMR. (2002). **A importância do enfoque cultural na compreensão da dor do parto**. Rev Paul Enf.v.21,n.2p.148-55.
- SANTOS F. (1999) - **Elaboração de Protocolos de Enfermagem**. Outubro/Dezembro, (p. 9-12).
- SARTORI AL. [et al]. (2011) **Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto**. Enfermeria global N. 21 ISSN: 1685-6141.

- Acedido em 3/6/2011. Disponível em:
http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt_revision4.pdf
- SESCATO AC., SOUZA S., WALL M. (2008). **Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Orientações da equipe de enfermagem.** Cogitare Enferm Out/Dez; 13 (4): 585-90. Acedido em 3/6/2011. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13120/8879>
 - SILVA L.M. (2010). **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do municio de São Paulo.** Dissertação de tese de mestrado em Enfermagem. Acedido em 3/6/2011. Disponível em:
www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010.../Lia_Mota.pdf
 - TABARRO C, [et al]. (2010) **Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido.** Rev Esc Enferm USP; 44(2): 445-52. Acedido à 16/6/2011 Disponível em: www.recentmedicalfindings.com/.../labor-obstetric-5.html
 - TEIXEIRA, R.R. – (2003). **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In Pinheiro, R., Mattos, R.A. – **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, p. 49-61. Acedido á: 6/5/2011. Disponível em:
<http://www.corposem.org/rizoma/Acolhimento%20e%20rede%20de%20conversa%C3%A7%C3%B5es%20-%20Integralidades.pdf>
 - TOMEY AM, ALLIPOOD MR. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a sua obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª Edição. Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
 - WATSON, J. (2002). **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

Web consultadas.

- <http://www.aped-dor.org>. Acedido à 14/05/2011
- <http://www.apeobstetras.org/>. Acedido ao 3/6/2011
- <http://www.apf.pt/?area=004&mid=004&sid=003>. Acedido ao 20/6/2011
- <http://www.unfpa.org/swp/1999/spanish/pdf/cronica4.pdf>. Acedido a 24/6/2011


- http://www.who.int/gender/documents/EN_womens_emp.pdf. Acedido à 18/6/2011
- <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435-4C219E689F07/0/charter.pdf>. Acedido à 20/6/2011
- (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf) Acedido ao 16/6/2011
- http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf Acedido à 16/6/2011
- <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>. Acedido à 5/7/2011

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I – Cronograma de actividades

Objectivos	Out	Nov 12	Dez 17	Jan 11	Fev					Mar.		Abr	Maio	Jun	Jul 8	A partir de Sept	
					1	14	18	25	28	4	23						
1. Informação da temática do projecto individual via e-mail	■																
2. Elaboração do Projecto Individual de Estágio				■	■	■	■										
3. Reuniões periódicas com a Professora Orientadora			■	■	■	■					■	■	■				
4. Pesquisa bibliográfica.	■																
5. Entrega do Projecto Individual de Estágio							■										
6. Avaliação do Projecto Individual de Estágio								■									
7. Registo do Projecto Individual de Estágio									■								
8. Apresentação do Projecto Individual de Estágio em sala de aula										■							
9. Implementação do Projecto Individual de Estágio ✓ Educação para a saúde realizada à grávida/convivente significativo nas consultas externas de obstetrícia; ✓ Elaboração de um poster sobre as principais medidas não farmacológicas para o alívio da dor. ✓ Elaboração de um folheto sobre as medidas não farmacológicas para o alívio da dor em TP; ✓ Elaboração do manual de normas e procedimentos.											■						
10. Elaboração do Relatório de Estágio												■					
11. Entrega do relatório de Estágio												■			■		
12. Apresentação e discussão pública do Relatório de Estágio																■	

Apêndice II – Norma de procedimento sobre a implementação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização da bola de parto como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

1. Objectivo

Promover a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor grávida em trabalho de parto.

2. Âmbito

Grávidas internadas no BP para ITP ou em TP activo.

3. Definições e Siglas

ABCF: Auscultação dos batimentos cardíofetais.

BP: Bloco de Partos.

EESMOG: Enfermeiro especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica.

IASP: International Association for the Study of pain

OE: Ordem dos Enfermeiros.


OMS: Organização Mundial da Saúde.

TP: Trabalho de parto.

4. Descrição




- Segundo o IASP, a dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Por tanto, é um fenómeno complexo e subjectivo, sendo que a dor durante o TP é exclusiva de cada mulher e influenciada por vários factores.
- A OMS (1996), publicou uma guia de intervenções (Categoria A) para a assistência ao parto normal que deveriam ser encorajadas por serem mais seguras e acarretarem menos intervenções, destacando o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	67 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização da bola de parto como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

- Existem vários métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP, como liberdade de adoptar posições variadas, deambulação, exercícios de respiração rítmica, banhos de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, entre outros.
- Estas medidas podem ser aplicadas, de forma combinada ou isolada, reduzindo assim a utilização de métodos farmacológicos. É importante que os cuidados não farmacológicos sejam explorados por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. (SESCATO, SOUZA e WALL, 2008).
- De entre as competências do EESMOG preconizadas pela OE (2010), destacam a aplicação de medidas de conforto durante o TP, bem como, a colaboração com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2010).

Procedimento

- O enfermeiro fornece informação à grávida/convivente significativo sobre a existência de métodos não farmacológicos para o alívio da dor respeitando a sua escolha informada.
- É necessária a necessidade de recuperar a mulher como protagonista de seu parto, respeitando a sua autonomia e a sua capacidade de decisão.
- Pode ser realizada ABCF de modo intermitente durante a utilização da bola de parto.
- A utilização da bola de parto tem vindo a ser implementada nas salas de parto nos dias de hoje. Esta permite a realização de movimentos rotativos com a bacia, exercitar os músculos pélvicos, aumentar a mobilidade e a utilização da posição vertical.
- Segundo Mota (2010) a utilização da bola de parto:
 -  Promove a adopção de posições facilitadoras do TP.
 -  Possibilita a liberdade de movimentos ao ritmo das contracções uterinas;
 -  Facilita a progressão do TP;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	68 de 109
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização da bola de parto como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01


- ✚ Reduz a percepção da intensidade das contracções uterinas;
- ✚ Fortalece a musculatura perineal diminuindo as dores da coluna vertebral
- ✚ Aumenta a sensação de bem-estar.

6. Geralmente devemos permitir à parturiente permanecer na bola de parto o tempo que tolere, evitando períodos de tempo prolongados para evitar o cansaço físico.
7. A bola de parto pode ser utilizada associada ao duche de chuveiro ou associada às massagens na região lombar para o alívio da dor, favorecendo assim o acompanhamento pelo convivente significativo (DAVIM, 2007).
8. Existem situações nas quais não estão recomendadas para a utilização da bola parto destacando a presença de hemorragia vaginal excessiva, a corioamnionite e BAR com apresentação não encravada.

5. Referências de Suporte

- ✓ DAVIM R.M.B. (2007). **Avaliação da efectividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase activa do trabalho de parto.** Discussão de tese de doutoramento. FAME. (2006) **Iniciativa al parto normal.** In: federacion-matronas.org.
- ✓ LOWDERMILK, D. PERRY, S. (2008) **Enfermagem na maternidade** 7ª ed. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- ✓ Organização Mundial de Saúde (OMS). (1996). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra;

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	69 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização da bola de parto como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

- ✓ SESCATO AC., SOUZA S., WALL M. (2008). **Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Orientações da equipe de enfermagem.** Cogitare Enferm Out/Dez; 13 (4): 585-90.
- ✓ SILVA L.M. (2010). Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo. Dissertação de tese de mestrado em Enfermagem.

6. Observações

Para melhor compreensão da importância da aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP teremos ao seu dispor um documento de fundamentação onde foi compilada várias informações provenientes de estudos de investigação consultados e que também ficam disponíveis para consulta.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	70 de 109
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização do duche de chuveiro como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

1. Objectivo

Promover a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor da grávida em trabalho de parto.

2. Âmbito

Grávidas internadas no BP para ITP ou em TP activo.

3. Definições e Siglas

BAR: Bolsa de água rota

EESMOG: Enfermeiro especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

IASP: International Association for the Study of pain

OE: Ordem dos Enfermeiros.


OMS: Organização Mundial da Saúde.

TP: Trabalho de parto.

4. Descrição

- Segundo o IASP, a dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Por tanto, é um fenómeno complexo e subjectivo, sendo que a dor durante o parto é exclusiva de cada mulher e influenciada por vários factores.
- A OMS (1996), publicou uma guia de intervenções para a assistência ao parto normal que deveriam ser encorajadas por serem mais seguras e acarretarem menos intervenções, destacando o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP. (Categoria A).

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	71 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização do duche de chuveiro como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

- Existem vários métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP, como liberdade de adoptar posições variadas, deambulação, exercícios de respiração rítmica, banhos de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, entre outros.
- Estas medidas podem ser aplicadas, de forma combinada ou isolada, reduzindo assim a utilização de métodos farmacológico. É importante que os cuidados não farmacológicos sejam explorados por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. (SESCATO, SOUZA e WALL, 2008).
- De entre as competências do EESMOG preconizadas pela OE (2010), destacam a aplicação de medidas de conforto durante o TP, bem como, a colaboração com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2010).

Procedimento

- O enfermeiro fornece informação à grávida/convivente significativo sobre a existência de métodos não farmacológicos para o alívio da dor em TP respeitando a sua escolha informada.
- É necessária a necessidade de recupera a mulher como protagonista do seu parto, respeitando a sua autonomia e a sua capacidade de decisão.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	72 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização do duche de chuveiro como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

3. Realização de cardiocografia antes e depois de que a grávida tome o duche de chuveiro para avaliar o bem-estar fetal.
4. A utilização da água quente durante a dilatação cervical favorece o relaxamento muscular, diminuição da pressão arterial, reduz a ansiedade da parturiente, estimula a produção de endorfinas e melhora a perfusão uterina. Ao produzir relaxamento, a grávida experimenta menor sensação de dor diminuindo a sua ansiedade e os níveis de catecolaminas. Este mecanismo favorece a liberação de ocitocina endógena, que estimula as contracções uterinas.
5. A flutuação provocada pela água proporciona um relaxamento generalizado do corpo e alívio temporário da dor. (OCHIAI, 2000).
6. A temperatura da água não deve ser superior aos 37°C, dado que temperaturas excessivas causam desidratação, aumento da temperatura materna e por conseguinte taquicardia fetal.
7. Não existe limite de tempo para a grávida permaneça no duche, pelo que deve ser estimulada a permanecer durante tanto tempo como deseje.
8. O banho de chuveiro está indicado na maioria das situações, existindo situações nas quais não está recomendado como BAR com apresentação não encravada, hemorragia vaginal e suspeita de corioamnionite.

5. Referências de Suporte

- ✓ DAVIM et al. (2008) **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes.** Ver. Electr.Enf.;10(3):600-9.
- ✓ FAME. (2006) **Iniciativa al parto normal.** In: federacion-matronas.org. <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	73 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização do duche de chuveiro como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

- ✓ LOWDERMILK, D. PERRY, S. (2008) **Enfermagem na maternidade** 7ª ed. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- ✓ OCHIAI AM. (2000) **O banho de chuveiro como medida de alívio da dor em trabalho de parto**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enf. Univ São Paulo. 105p.
- ✓ SESCATO AC., SOUZA S., WALL M. (2008). **Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Orientações da equipe de enfermagem**. Cogitare Enferm Out/Dez; 13 (4): 585-90.
- ✓ Organização Mundial de Saúde (OMS). (1996). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra.

6. Observações

Para melhor compreensão da importância da aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor/desconforto durante o TP teremos ao seu dispor um documento de fundamentação onde foi compilada várias informações provenientes de estudos de investigação consultados e que também ficam disponíveis para consulta.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	74 de 109
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização da musicoterapia como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

1. Objectivo

Promover a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto.

2. Âmbito

Parturientes internadas no BP para ITP ou em TP activo.

3. Definições e Siglas

BP: Bloco de partos

EESMOG: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

IASP: International Association for the Study of pain

OE: Ordem dos Enfermeiros.


OMS: Organização Mundial da Saúde.

TP: Trabalho de parto.

4. Descrição

- Segundo o IASP, a dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Por tanto, é um fenómeno complexo e subjectivo, sendo que a dor durante o parto é exclusiva de cada mulher e influenciada por vários factores.
- A OMS (1996), publicou uma guia de intervenções para a assistência ao parto normal que deveriam ser encorajadas por serem mais seguras e acarretarem menos intervenções, destacando o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP. (Categoria A).

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	75 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Utilização da musicoterapia como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

- Existem vários métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP, como liberdade de adoptar posições variadas, deambulação, exercícios de respiração rítmica, banhos de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, entre outros.
- Estas medidas podem ser aplicadas, de forma combinada ou isolada, reduzindo assim a utilização de métodos farmacológico. É importante que os cuidados não farmacológicos sejam explorados por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. (SESCATO, SOUZA e WALL, 2008).
- De entre as competências do EESMOG preconizadas pela OE (2010), destacam a aplicação de medidas de conforto durante o TP, bem como, a colaboração com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2010).

Procedimento

- O enfermeiro fornece informação à grávida/convivente significativo sobre a existência de métodos não farmacológicos para o alívio da dor respeitando a escolha informada da grávida. Assim as parturientes devem ser informadas sobre a eficácia da música para relaxar e reduzir a dor durante o TP.
- É necessária a necessidade de recuperar a mulher como protagonista de seu parto, respeitando a sua autonomia e a sua capacidade de decisão.
- A musicoterapia consiste na utilização da música e/ou seus elementos constituintes (ritmo, melodia e harmonia) que pretende atender as necessidades físicas, emocionais, mentais e sociais.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	76 de 109
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização da musicoterapia como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

4. Promove o relaxamento através da música, proporcionando bem-estar e alívio da dor. A música durante o trabalho de parto pode diminuir a pressão sanguínea, o metabolismo basal e o ritmo respiratório. Deste modo, permite diminuir o stress e a ansiedade, promovendo assim o bem-estar. (TOBARRO et al, 2010)
5. Geralmente não existem contra-indicações para ouvir música durante o TP.


5. Referências de Suporte

- ✓ FAME. **Iniciativa al parto normal**. In: federacion-matronas.org. <http://www.federacion-matronas.org/jpn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- ✓ LOWDERMILK, D. PERRY, S. (2008) **Enfermagem na maternidade** 7ª ed. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- ✓ Organização Mundial de Saúde (OMS).(1996). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra;**
- ✓ TABARRO C. et al. **Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido**. (2009). Rev Esc Enferm USP; 44 (2): 445-52.

6. Observações

Para melhor compreensão da importância da aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor/desconforto durante o TP teremos ao seu dispor um documento de fundamentação onde foi compilada várias informações provenientes de estudos de investigação consultados e que também ficam disponíveis para consulta.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	77 de 109
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)			
	Título: Utilização da deambulação/mudança de posição como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.			Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos			ABCDE	0001	01

1. Objectivo

Promover a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em trabalho de parto.

2. Âmbito

Parturientes internadas no BP para ITP ou em TP activo.

3. Definições e Siglas

ABCF: Auscultação dos batimentos cardíofetais.

BAR: Bolsa de água rota

EESMOG: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

IASP: International Association for the Study of pain

OE: Ordem dos Enfermeiros.


OMS: Organização mundial da Saúde.

TP: Trabalho de parto.

4. Descrição

- Segundo o IASP, a dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Por tanto, é um fenómeno complexo e subjectivo, sendo que a dor durante o TP é exclusiva de cada mulher e influenciada por vários factores.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	78 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)		
	Título: Utilização da deambulação/mudança de posição como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos		ABCDE	0001	01

2. A OMS (1996), publicou uma guia de intervenções (Categoria A) para a assistência ao parto normal que deveriam ser encorajadas por serem mais seguras e acarretarem menos intervenções, destacando o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP.
3. Existem vários métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP, como liberdade de adoptar posições variadas, deambulação, exercícios de respiração rítmica, banhos de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, entre outros.
4. Estas medidas podem ser aplicadas, de forma combinada ou isolada, reduzindo assim a utilização de métodos farmacológicos.
5. De entre as competências do EESMOG preconizadas pela ODE (2010), destacam a aplicação de medidas de conforto durante o trabalho de parto e a cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (ODE, 2010).

Procedimento

1. O enfermeiro fornece informação à grávida/convivente significativo sobre a existência de métodos não farmacológicos para o alívio da dor respeitando a escolha informada.
2. É necessária a necessidade de recuperar a mulher como protagonista de seu parto, respeitando a sua autonomia, permitindo a liberdade de movimentos e a adopção de distintas posições durante o TP.
3. O EESMO deve incentivar a deambulação e a liberdade da adopção de posições durante o TP estimulando a presença do acompanhante/pessoa significativa para acompanhar à parturiente na deambulação.
4. ABCF ou realização de cardiotocografia antes e depois de que a parturiente inicie a deambulação/mudanças de posições para avaliar o bem-estar fetal.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	79 de 109
	Assinatura		Assinatura		


	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)			
	Título: Utilização da deambulação/mudança de posição como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.			Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos			ABCDE	0001	01

6. A deambulação adequada durante o TP: (FAME 2006, DAVIM 2007, MAMEDE et al 2008):
 - a. Melhora a contractilidade uterina;
 - b. Favorece o fluxo sanguíneo útero placentar;
 - c. Melhora a evolução da dilatação cervical, favorece a descida da apresentação e diminui a duração da fase activa do TP.
 - d. Aumenta a tolerância à dor;
7. Existem distintas posições que podem ser utilizadas para o alívio da dor durante as contracções em TP. É fulcral incentivar à parturiente a adoptar a posição que lhe seja mais confortável. A posição vertical melhora a progressão do TP dado que promove a circulação útero-placentar e a eficácia da contractilidade das fibras musculares.
8. Não existe limite de tempo para deambular, a parturiente pode deambular durante tanto tempo como deseje conforme tolerância.
9. A deambulação não está recomendada em situações da BAR com apresentação não encravada, hemorragia vaginal e suspeita de corioamnionite.

5. Referências de Suporte

- ✓ DAVIM R.M.B. (2007). **Avaliação da efectividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase activa do trabalho de parto.** Discussão de tese de doutoramento. Disponível: em
- ✓ FAME. (2006). **Iniciativa al parto normal** In: federacion-matronas.org. <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- ✓ LOWDERMILK, D. PERRY, S. (2008) **Enfermagem na maternidade** 7ª ed. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	80 de 109
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação. Código Emissor)			
	Título: Utilização da deambulação/mudança de posição como medida não farmacológica para o alívio da dor em trabalho de parto.			Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica/ Bloco de Partos			ABCDE	0001	01

- ✓ MAMEDE et al (2007). **O efeito da deambulação na fase duração da fase activa do trabalho de parto.** Esc Anna Nery Enferm set; 11 (3): 466-71
- ✓ MAMEDE F., ALMEIDA AM, CLAPIS MJ. (2004). **Movimentação/ Deambulação no trabalho de parto: uma revisão.** Maringá, v.26,n.2, p. 295-302.
- ✓ Organização Mundial de Saúde (OMS). (1996) Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra;
- ✓ Sartori et al. (2011). **Estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto.** Enfermeria global. ISSN: 1695-6141 Nº 21

6. Observações

Para melhor compreensão da importância da aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor/desconforto durante o TP teremos ao seu dispor um documento de fundamentação onde foi compilada várias informações provenientes de estudos de investigação consultados e que também ficam disponíveis para consulta.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	81 de 109
	Assinatura		Assinatura		

**Apêndice III: Formação de sensibilização das grávidas para a
adoção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em
trabalho de parto.**

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DA GRÁVIDA EM TRABALHO DE PARTO



Elaborado por Ignacio García, Aluno do 5º CLEESMO
Amadora 2011

*“Para mudar a forma de viver,
há que mudar a forma de nascer”.*

Michel Odent

OBJECTIVO DA FORMAÇÃO

- Ajudar as grávidas/conviventes significativos a vivenciarem de forma positiva o seu processo de TP, tornando esta experiência significativa, numa vivência positiva do processo de parentalidade.

A dor é caracterizada por uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial de tecidos.

(IASP, 1986)

A dor é um fenómeno complexo e subjectivo, sendo que “a dor durante o parto é exclusiva de cada mulher e influenciada por uma série de factores. Entre eles estão a cultura, ansiedade, o medo, a experiência de parto anterior, a preparação para o parto e o apoio”

(Lowdermilk, Perry, 2008)

As recomendações da OMS para o parto natural (1996) salienta a eficácia das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto, beneficiando a mãe e o feto.

Segundo a OMS é essencial que estas estratégias sejam exploradas, por serem mais seguras e acarretarem menos intervenções.

A OMS defende que a escolha informada da mulher face aos diversos métodos de alívio da dor (farmacológicos e não farmacológicos) deverá ser respeitada.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR EM TP

- Deambulação/Liberdade de movimentos
- Respiração/Relaxamento
- Hidroterapia: Duche de chuveiro
- Massagem
- Bola de parto
- Musicoterapia
- Aromaterapia
- Imaginação durante as contracções
- Apoio do acompanhante ou pessoa significativa

DEAMBULAÇÃO/MUDANÇA DE POSIÇÃO

○ A mobilidade adequada da parturiente durante o trabalho de parto:

- Melhora a contractilidade uterina
- Aumenta a tolerância à dor
- Favorece o fluxo sanguíneo entre a mãe e o feto
- Melhora a evolução da dilatação cervical diminuindo a duração do trabalho de parto



“A posição vertical melhora a progressão do trabalho de parto, promovendo a oxigenação do feto e a eficácia das contracções uterinas”



RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

O método psicoprofiláctico consiste em técnicas de relaxamento que promovem o desvio de atenção das mulheres das contracções uterinas, por meio de relaxamento muscular controlado e de padrões respiratórios.

Este método:

- Promove a coordenação da respiração com as contracções;
- Promove a oxigenação do feto;
- Facilita a descida e a expulsão do feto;
- Promove o relaxamento;
- Permite a participação activa da grávida/convivente significativo



HIDROTERAPIA: DUCHE DE CHUVEIRO

- A utilização da água quente durante a dilatação cervical favorece:
 - Relaxamento muscular e o conforto
 - Diminuição da pressão arterial
 - Redução da ansiedade
 - Favorece a perfusão uterina.



MASSAGEM

A massagem consiste na estimulação táctil de locais específicos do corpo, promovendo:

- Relaxamento muscular;
- Alívio da dor localizada;
- Sensação de bem-estar.



A massagem favorece o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

A BOLA DE PARTO

- Promove a adopção de posições facilitadoras do trabalho de parto
- Possibilita a liberdade de movimentos ao ritmo das contracções uterinas
- Facilita a progressão do trabalho de parto
- Reduz a percepção das contracções uterinas
- Previne as dores da coluna vertebral fortalecendo a musculatura perineal



MUSICOTERAPIA

Promove o relaxamento através da música, proporcionando bem estar e alívio do stress e da dor.



A música durante o trabalho de parto pode diminuir a pressão arterial e o ritmo respiratório



AROMATERAPIA

Os óleos essenciais contêm diversos compostos orgânicos voláteis que, quando inalados, passam para o fluxo sanguíneo e deste para o sistema nervoso, aliviando a dor e promovendo a saúde e o bem-estar.



IMAGINAÇÃO DURANTE AS CONTRAÇÕES

Imaginar imagens atraentes e positivas, com o objectivo de alcançar o relaxamento e ao alívio do stress atenuando a dor.



Concentre-se numa imagem que considere calmante e tranquilizante, a fim de desviar a atenção da dor.



O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA SIGNIFICATIVA

O acompanhamento durante o trabalho de parto contribui para reduzir a necessidade de alívio farmacológico da dor e melhoram a experiência de parto.



O acompanhante serve de apoio emocional, auxiliando à parturiente nas contracções controlando a respiração e proporcionando um ambiente calmo e relaxante.



REFLEXÃO FINAL

- A assistência individualizada no alívio da dor durante o TP contribui para aumentar o bem estar físico e emocional da parturiente representando uma prioridade nos cuidados de enfermagem.
- As medidas não farmacológicas podem reduzir a percepção dolorosa durante o TP, no entanto a intensidade e as características da dor são individuais e subjectivas.
- Estes métodos podem ser aplicados de forma isolada ou combinada, e além de provocar alívio da dor, podem reduzir a necessidade da utilização de métodos farmacológicos.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DA GRÁVIDA EM TRABALHO DE PARTO



Elaborado por Ignacio García, Aluno do 5º CLEESMO
Amadora 2011

- SILVA FIMB, OLIVEIRA ANA V. (2009) O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. REV ESC ENFERM USP, 44 (1):57-61.
- TABARRO et Al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. (2009). Ver Esc Enferm USP, 44 (2): 445-52.

*“Para mudar a forma de viver,
há que mudar a forma de nascer”.*

Michel Odent

Apêndice IV – Folheto informativo

A BOLA DE PARTO

- Promove a adopção de posições facilitadoras do trabalho de parto;
- Possibilita a liberdade de movimentos ao ritmo das contrações uterinas;
- Facilita a progressão do trabalho de parto;
- Reduz a percepção das contrações uterinas;
- Previne as dores da coluna vertebral fortalecendo a musculatura perineal;



MASSAGEM

Promove o relaxamento muscular, o alívio de dor localizada e a sensação de bem-estar...



Medidas não farmacológicas para o alívio de dor em Trabalho de Parto

Os métodos não farmacológicos podem reduzir a percepção dolorosa durante o trabalho de parto...

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DA GRÁVIDA EM TRABALHO DE PARTO

Título 1



“PARA MUDAR A FORMA DE VIVER, HÁ QUE MUDAR A FORMA DE NASCER”

MICHEL ODENT

Elaborado por: Iguita Garcia (5ª OLESSMO)

“IMAGINAÇÃO DURANTE AS CONTRAÇÕES

Facilita o relaxamento e o alívio da dor através da imaginação de imagens atraentes e positivas.



MUSICOTERAPIA

Promove o relaxamento através da música, proporcionando bem estar e alívio do stress e da dor;

A música ajuda a diminuir a pressão arterial e o ritmo respiratório.



DEAMBULAÇÃO/MUDANÇA DE POSIÇÃO

A mobilidade adequada da parturiente:

- Melhora a contractilidade uterina;
- Aumenta a tolerância à dor;
- Favorece o fluxo sanguíneo placentar;
- Melhora a evolução da dilatação cervical.



MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO (RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO)

Consiste em técnicas de relaxamento que promovem o desvio da atenção das mulheres das contrações uterinas, através de técnicas de relaxamento e padrões respiratórios...



ACOMPANHAMENTO DA PESSOA SIGNIFICATIVA

O acompanhante serve de apoio emocional, auxiliando à parturiente nas contrações controlando a respiração e proporcionando um ambiente calmo e relaxante.



HIDROTERAPIA

A utilização de água quente durante a dilatação cervical favorece:

- O relaxamento muscular e o conforto;
- Diminuição da pressão arterial;
- Redução da ansiedade;



Apêndice V – Poster sobre “ Medidas não farmacológicas para o alívio da dor da grávida em trabalho de parto”

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO

ACOMPANHAMENTO DA PESSOA SIGNIFICATIVA

O acompanhante serve de apoio emocional, ajudando a parturiente nas contrações controlando a respiração e proporcionando um ambiente calmo e relaxante.



MÉTODO PSICOPROFILÁTICO

RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

Promove o desvio da atenção das mulheres das contrações uterinas, através de técnicas de relaxamento e padrões respiratórios...



HIDROTERAPIA

A utilização de água quente durante a dilatação cervical favorece:

- Relaxamento muscular e o conforto;
- Diminuição da pressão arterial;
- Redução da ansiedade;



MASSAGEM

Promove o relaxamento muscular, o alívio de dor localizada e a sensação de bem-estar...



BOLA DE PARTO

Promove a adoção de posições facilitadoras do trabalho de parto;
Facilita a progressão do trabalho de parto;
Reduz a percepção das contrações uterinas;
Previne as dores da coluna vertebral fortalecendo a musculatura perineal;



MUSICOTERAPIA

Promove o relaxamento através da música, proporcionando bem-estar e alívio do stress e da dor;

A música pode diminuir a pressão arterial e o ritmo respiratório.



DEAMBULAÇÃO/MUDANÇA DE POSIÇÃO

Melhora a contractilidade uterina;
Aumenta a tolerância à dor;
Favorece o fluxo sanguíneo placentar;
Melhora a evolução da dilatação cervical.



HFF- Bloco de Partos
Elaborado por: Irmão
Garcia (5ª CLEESMO)

Os métodos não farmacológicos podem reduzir a percepção dolorosa durante o trabalho de parto...





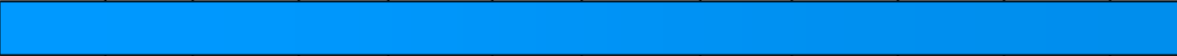


Apêndice VI – Objectivos específicos do Estágio com Relatório

Objectivo específico: Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional e funcional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos do HFF;		
Actividades	Recursos	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevista informal com a Enf.^a Chefe e com o EESMO Orientador do local de EC; ✓ Visita guiada às instalações e apresentação à equipa multidisciplinar ✓ Identificação de recursos materiais e humanos; ✓ Consulta de normas/ procedimentos, dos processos clínicos e dos instrumentos de registo. ✓ Identificação das intervenções do EESMO na equipa multidisciplinar. ✓ Conhecimento da população alvo; 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentação existente ✓ Processo clínico da mulher; ✓ Bibliografia pesquisada; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar <p>Mulher/família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrar na equipa multidisciplinar ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar ✓ Conhecer a filosofia dos cuidados de Enfermagem da instituição
Objectivo específico: Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, do foro ginecológico à mulher/grávida que recorrem ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/Bloco de Partos do HFF		
Competências da OE (2010): Cuida da mulher inserida na família/comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante os períodos pré-concepcional, pré-natal, o período do climatério, na mulher fértil, e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.		
Actividades	Recursos	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa bibliográfica; ✓ Acolhimento da mulher/família e estabelecimento de uma relação terapêutica; ✓ Triage da utente: registo do motivo da vinda ao serviço de urgência, avaliação dos parâmetros vitais, registo de dados referentes à gravidez e história clínica (IO, DUM, DPP, IG, data do parto); ✓ Avaliação através da entrevista e observação física, psico-social, emocional da utente 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentação existente ✓ Processo clínico da mulher; ✓ Bibliografia pesquisada; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos e intervenções na área de especialização em SMO ✓ Demonstrar capacidade de relacionamento terapêutico respeitando as crenças e a cultura da

<p>e do bem-estar fetal;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planeamento e execução dos cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades de cada utente, e o seu encaminhamento para os recursos disponíveis na comunidade; ✓ Avaliação dos cuidados prestados e reformulação do plano de acção sempre que necessário 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar <p>Mulher/família</p>	<p>parturiente/família</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflectir sobre a prática profissional de forma crítica
<p>Objectivo específico: Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, autónomos e interdependentes, à grávida/parturiente/ puérpera/RN/família em situação de saúde e doença no Bloco de Partos do HFF;</p>		
<p>Competência da OE (2010): Cuida a mulher inserida na família/comunidade durante o trabalho de parto e durante o período pós-natal.</p>		
Actividades	Recursos	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa bibliográfica; ✓ Acolhimento à grávida/família promovendo um ambiente calmo e de privacidade e estabelecimento de uma relação terapêutica; ✓ Avaliação através da entrevista e da observação física, psico-social, emocional da utente /família e do bem-estar fetal/RN; ✓ Avaliação da progressão do TP efectuando registos no diário de enfermagem; ✓ Aplicação de medidas que vão ao encontro das necessidades da utente; ✓ Promoção do acompanhamento da grávida/puérpera pela pessoa significativa; ✓ Promoção do controlo da dor durante o TP; ✓ Aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em TP; ✓ Aplicação de medidas de relaxamento e suporte emocional e psicológico nomeadamente o acompanhamento durante o TP e as técnicas de respiração; ✓ Identificação de complicações do TP e referenciação para outros profissionais das 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentação existente ✓ Processo clínico da mulher; ✓ Bibliografia pesquisada; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar <p>Parturiente/família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos e intervenções na área de especialização em SMO ✓ Demonstrar capacidade de relacionamento terapêutico respeitando as crenças e a cultura da parturiente/família ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz à assistência à mulher/RN/família ✓ Planear e implementar medidas de suporte emocional e psicológico à mulher/família;


<p>situações que não são da competência do EESMO;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Execução das intervenções adequadas aos quatro estádios do TP; ✓ Realização das manobras adequadas no parto eutócico; ✓ Planificação, implementação e avaliação da promoção da vinculação mãe/pai/RN e promoção do aleitamento materno; ✓ Detecção precoce de possíveis complicações no puerpério imediato; ✓ Actuação de acordo com as necessidades identificadas e encaminhamento adequado à situação. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar e monitorizar TP, assim como planear e implementar intervenções adequadas à evolução do TP ✓ Reflectir sobre a prática profissional de forma crítica
<p>Objectivo específico: Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família em situação de internamento na Unidade de Neonatologia</p> <p>Competência da OE (2010): Cuida a mulher inserida na família/comunidade durante o período pós-natal.</p>		
Actividades	Recursos	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevistas informais com a Enf.^a Chefe da Neonatologia; ✓ Pesquisa bibliográfica sobre a temática em questão, suportada na evidência científica recente sobre a temática ✓ Acolhimento do RN/família e promoção de ambiente adequado às necessidades da tríade e promoção do bem-estar do RN/família; ✓ Estabelecimento de relação terapêutica, envolvendo os pais como os principais prestadores de cuidados e autónomos nas suas decisões; 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentação existente ✓ Processo clínico do RN; ✓ Bibliografia pesquisada; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar RN/pais/família 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrar conhecimentos teórico-práticos na área de Neonatologia ✓ Planear e implementar intervenções de promoção da vinculação da tríade ✓ Reflectir sobre a prática profissional de forma crítica

**Apêndice VII – Cronograma de objectivos específicos do EC (Estágio
com relatório)**

	Jan.	Fev.		Mar		Abril		Maio		Jun.		Jul.
Objectivos	17-31	1-15	16-28	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1
1. Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional e funcional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos do HFF;												
2. Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, à mulher do foro ginecológico e grávida que recorrem ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/Bloco de Partos do HFF												
3. Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, autónomos e interdependentes, à grávida/parturiente/puérpera/RN/família em situação de saúde e doença no Bloco de Partos do HFF;												
4. Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de modo a observar/ colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado na Neonatologia												

Anexo I – Avaliação do Estágio com Relatório

está conforme o original
D. Adelaide Oliveira



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANEXO I

**1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstetrícia
(5º CPLEESMO)**

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO SUGO/BP UFF-CPE

DATAS: INICIO 19/1/2011 FIM 1/7/2011

ESTUDANTE Igualdo Manuel Garcia Tobias

ENFERMEIRO ORIENTADOR Luís Nôis

DOCENTE ORIENTADOR Adelaide Oliveira

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data <u>15/03/11</u>	Data <u>28/04/11</u>	Data	Data <u>29/06/11</u>
Estudante	<u>Igualdo</u>	<u>Igualdo</u>		<u>Igualdo</u>
Enfermeiro Orientador	<u>Luís</u>	<u>Luís</u>		<u>Luís</u>
Docente Orientador	<u>Adelaide</u>	<u>Adelaide</u>		<u>Adelaide</u>

CLASSIFICAÇÃO FINAL M. BOA

70



Estudante: IGraceo Manoel Tobias

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Terceira capacidade de integração / adaptação ao contexto do Espaço Clínico				X	
Elabora projetos pessoais e adequados				X	
Demonstra autonomia, iniciativa e iniciativa no desenvolvimento das actividades				X	
Propõe e qualifica os cuidados aos três níveis de prevenção, participando a continuidade de cuidados				X	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação social • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/avaliação reabilitação • Promoção cuidados de saúde 				X	
Demonstra presença de intervenção em saúde do indivíduo / família					X
Presta cuidados especializados à mulher durante a família e comunidade durante o período pré-natal				X	
<ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnóstica preventivos, graves complicações e presença cuidados à mulher, família e sua adaptação em situações de situações de alto risco fetal 				X	
Presta cuidados especializados à mulher durante a família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e planeando situações de emergência no âmbito de responder a saúde da mulher e seu recém-nascido				X	
<ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e prepara a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnóstica preventivamente e graves complicações para a saúde da mulher e RN • Intervém socialmente à mulher com gestação actualizada após, acompanhando com o parto após trabalho de parto 				X	
Presta cuidados especializados à mulher durante a família e comunidade durante o período pós-natal				X	
<ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnóstica preventivamente e graves complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal • Promove cuidados nos situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal 				X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados				X	
Propõe e qualifica os cuidados de planeamento clínico no âmbito a resolução de problemas				X	
Propõe e qualifica os cuidados e reflexão crítica sobre a prática de aprendizagem				X	
Análise e decisão as situações clínicas				X	
Demonstra atitude e comportamento adequados à situação de trabalho em TC e ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem especializados				X	
<ul style="list-style-type: none"> • Actuação e generalidade • Actuação • Actuação de um processo terapêutico • Utilização da literatura de referência actualizada com evidência / família / situação de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de auto-avaliação e reflexão crítica • Situação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores de profissão 				X	

O. DOCENTE [Assinatura]

DATA 28/06/21

ESTUDANTE
 IGNAÇIO TABIÃO
 29/06/11

Yaddeus
 Mendes
 Jucen Gauth.

AVALIAÇÃO SUMATIVA
Apreciação Geral

ESTUDANTE bastante interessado e empenhado no seu processo de ensino-aprendizagem. Revelou uma M.B. atitude pautada por indicadores demonstrando vontade de progredir no desenvolvimento dos vários saberes que compõem as competências definidas para o perfil do EESHO e do estudante do 2º ciclo (saberes declarativos, processuais e atitudinais).

Elaborou um projecto centrado no empoderamento das mulheres/convivente significativos para a identificação, controlo e gestão do dor durante o T.P. através de utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio de dor recorrendo a técnicas de comunicação, de relação e de educação para a Saúde apropriadas. Notório o êxito no sentido de concretização das actividades que propôs no seu projecto para o (cumprir) desenvolvimento das competências preconizadas e de reflexão sobre o que tem aprendido - se a elaboração de um poster e de um folheto de apoio à Técnica que trabalhou através de uma revisão sistemática de literatura, os quais pretendem servir de (suporte/complemento) às intervenções realizadas com o grupo alvo. Evoluiu também de forma muito positiva na prestação de cuidados nesta área do Sesi.



AValiação DO DESEMPENHO EM Estágio COM RELatório

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Ignacio Manuel Gomes Rebelo

DATA: 29, 6, 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	Insuf	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / assimilação ao contexto da Prática Clínica					X					X
Elabora projecto pertinente e adequado				X						X
Demonstra autonomia, proatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X						X
Prepara e qualifica dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados. <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/avaliação revalorização • Promoção continuidade cuidados 				X					X	
Demonstra proactividade de educação em saúde ao indivíduo / família					X					X
Presta cuidados especializados à mulher noventa na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilitando a sua adaptação em situações de abortamento e/ou parto fetal 					X					X
Presta cuidados especializados à mulher noventa na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuado o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de assegurar a saúde da mulher e o neonato nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e assegura a adaptação da RN à vida extra uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com o gravidez e/ou trabalho de parto 				X						X
Presta cuidados especializados à mulher noventa na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal • Providencia cuidados, em situações supracitadas, afecta regularmente a saúde da mulher e RN no período pós-natal 				X						X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e				X						X

R



Realiza de forma autónoma as responsabilidades de estudante									
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X						✓
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem			X						✓
Analisa e discute as situações vividas			X						✓
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estágio em CC e ao desempenho de funções de enfermagem especializada <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Asseribilidade • Atuação do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipas de saúde • Capacidade de negociação com o espaço multifuncional • Capacidade de autoavaliação e reação à crítica • Atuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores de profissão 			X						✓
Revela capacidade de integração / socialização no contexto do Espaço Clínico					X				✓

Classificação Final:

16 a 17 valores - Suficiente; 14 e 15 valores - Bom; 12 e 13 valores - Muito Bom; 10 a 20 valores - Excelente
 11 de 14 de 2025 de 21 de Fevereiro de 2019

70

AUTOAVALIAÇÃO

Este ensino clínico constituiu um passo de extrema importância para a aquisição de competências na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica, conferindo-me competências diferenciadas de forma a prestar cuidados de excelência à mulher/RN/família.

Concluída esta experiência clínica, considero ter atingido os objectivos traçados. Apesar de ter sentido que realizei bastantes progressos ao longo do ensino clínico, tenho plena consciência do longo caminho de aprendizagens que tenho ainda a percorrer, ao longo de toda a minha carreira pessoal e profissional.

Deste modo, considero o SUGO/BP do HFF um local excelente para a realização do ensino clínico dado que nos permite mobilizar os conhecimentos adquiridos nas sessões teóricas, aplicando-os na prática. Durante este período, vivenciei experiências únicas que me fizeram reflectir sobre os cuidados à mulher/RN/família e crescer como futuro EESMOG.

Posso terminar a minha própria autoavaliação agradecendo a todos os profissionais que intervieram de modo positivo no meu processo de aprendizagem, nomeadamente ao EESMOG orientador Luís Mós, à equipa multidisciplinar do SUGO/BP do HFF e à docente orientadora Madalena Oliveira.

Isabel
Pereira
Lis H

Avaliação sumativa

Apreciações gerais:

O aluno teve um percurso muito favorável e evolutivo ao longo deste EC, demonstrou motivação, a sua postura foi sempre de grande iniciativa na aquisição de experiências em campo de estágio e uma melhoria na organização das experiências vivenciadas.

Revelou sensibilidade relativamente aos cuidados prestados, e domínio da técnica comunicacional e relacional.

O aluno soube aproveitar situações que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, intervindo com o objectivo da promoção da saúde e/ou prevenção da doença da grávida/família. Respeitando sempre a integridade da pessoa cuidada, bem como a sua dignidade e salvaguardando o respeito pelas crenças e valores.

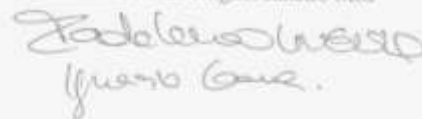
Para concluir o aluno desenvolveu competências técnicas que o habilitam a prestar cuidados de saúde como enfermeiro especialista, sendo possuidor de conhecimentos adequados à prática de enfermagem na área de saúde materna.

Proponho como classificação qualitativa final: Muito Bom.

Lisboa 29 de Junho de 2011



Enfermeiro Luís Miguel Janeiro Mós



João Carlos